

**Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Ergoterapie



Kamila Česáková

**Srovnání nástrojů pro stanovení individuálních cílů v ergoterapii
u pacientů se získaným poškozením mozku**

Comparison of Instruments for Determination of Individual Goals
in Occupational Therapy in Patients with Acquired Brain Injury

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Veronika Slepíčková

Praha, 2019

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Veronice Slepíčkové za vedení, cenné podněty a odborné připomínky.

Dále bych také chtěla poděkovat paní Mgr. Kateřině Rybářové za užitečné informace a podněty. Velké poděkování patří rovněž klientům ERGO Aktivu, s nimiž jsem spolupracovala, za jejich ochotu být součástí této práce.

V neposlední řadě bych také chtěla poděkovat své rodině a příteli za veškerou podporu.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité literární zdroje. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 15. 11. 2019

Kamila Česáková

Podpis studenta:

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

ČESÁKOVÁ, Kamila. *Srovnání nástrojů pro stanovení individuálních cílů v ergoterapii u pacientů se získaným poškozením mozku. [Comparison of Instruments for Determination of Individual Goals in Occupational Therapy in Patients with Acquired Brain Injury]*. Praha, 2019. 154 s., 16 příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Veronika Slepíčková.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno, příjmení: Kamila Česáková

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Slepíčková

Název bakalářské práce: Srovnání nástrojů pro stanovení individuálních cílů v ergoterapii u pacientů se získaným poškozením mozku

Title: Comparison of Instruments for Determination of Individual Goals in Occupational Therapy in Patients with Acquired Brain Injury

Abstrakt bakalářské práce:

Bakalářská práce se zabývá využitím tří vybraných nástrojů pro stanovení individuálních cílů u pacientů se získaným poškozením mozku. Cílem této práce je zmapovat průběh aplikace jednotlivých nástrojů a jejich srovnání ve vybraných oblastech. Dále je v práci věnována pozornost využití nástroje u pacientů v závislosti na různých následcích získaného poškození mozku.

V teoretické části práce jsou popsány různé druhy získaných poškození mozku, jejich následky a možnosti rehabilitace. Dále je zde popsán doporučený průběh aplikace jednotlivých nástrojů.

V praktické části je popsán průběh aplikace jednotlivých nástrojů u konkrétních klientů. U každého nástroje je vždy jeden klient s afázií a jeden klient bez afázie. Tato část rovněž obsahuje následné zhodnocení a srovnání vybraných nástrojů v různých oblastech, ale také různá doporučení ohledně jejich aplikace.

Klíčová slova: stanovení individuálních cílů, získané poškození mozku, ergoterapie, Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání, Kawa model, Plánování zaměřené na člověka,

Abstract:

The bachelor thesis deals with the use of three selected instruments for setting individual goals in patients with acquired brain injury. The aim of this work is to map the course of application of each instrument and their comparison in selected areas. Furthermore, the thesis focuses on the use of the instruments in patients depending on various consequences of acquired brain injury.

The theoretical part describes various types of acquired brain injury, their consequences and possibilities of rehabilitation. Then the recommended course of application of individual instruments is described.

The practical part describes the course of application of individual instruments in concrete clients. There is always an aphasic client and a client without aphasia for each instrument. This section also includes a subsequent evaluation and comparison of selected instruments in different areas, as well as various recommendations regarding their application.

Key words: individual goal setting, acquired brain injury, occupational therapy, Canadian Occupational Performance Measure, Kawa model, Person centred planning

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy.**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]

Obsah

Úvod.....	1
1. Teoretická část	3
1.1. Získaná poškození mozku	3
1.1.1. Druhy ZPM	3
1.1.2. Následky ZPM.....	7
1.2. Rehabilitace	13
1.2.1. Koordinovaná rehabilitace	13
1.2.2. Interprofesní tým	14
1.3. Vybrané nástroje pro stanovení individuálních cílů	16
1.3.1. Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM).....	16
1.3.2. Kawa model.....	20
1.3.3. Plánování zaměřené na člověka (Person centred planning)	29
2. Praktická část	34
2.1. Cíle práce	34
2.2. Metodologie.....	34
2.2.1. Výběr nástrojů	36
2.2.2. Cílová skupina, místo sběru dat	36
2.2.3. Praktický průběh realizace	36
2.3. Použití jednotlivých nástrojů pro stanovení individuálních cílů	38
2.3.1. Stanovení cílů pomocí COPM	38
2.3.2. Stanovení cílů pomocí Kawa modelu.....	45
2.3.3. Stanovení cílů pomocí PZČ.....	51
2.4. Zhodnocení jednotlivých nástrojů	58
2.4.1. Zhodnocení COPM	58
2.4.2. Zhodnocení Kawa modelu	59

2.4.3.	Zhodnocení PZČ	60
3.	Diskuze	61
4.	Závěr	68
5.	Seznam použité literatury	69
6.	Seznam použitých zkratk	74
7.	Seznam obrázků, tabulek	75
8.	Přílohy.....	77

ÚVOD

Stanovení cílů v terapii je proces, který začíná již první konzultací a pokračuje až do ukončení léčby (A. Stevens et al., 2013). Pro rehabilitaci u lidí po cévní mozkové příhodě je, stejně jako u lidí s jiným typem získaného poškození mozku, stanovení cílů nedílnou součástí ergoterapeutické intervence. Je důležité pro zvýšení motivace klienta, jeho autonomii a spokojenost s průběhem rehabilitace. Stanovení cílů také zlepšuje týmovou spolupráci. Tyto aspekty pak mají vliv na úzdravu klienta. O významu tohoto procesu pojednává mnoho teorií, například Bandurova sociálně-kognitivní teorie nebo teorie stanovení cílů od autorů Locka a Lathama (Sugavanam et al., 2012).

Dle mého názoru může mít stanovení cílů pozitivní vliv jak na terapeuta, tak na pacienta. Terapeutovi stanovení cílů poskytuje jasnou představu, na co se zaměřit při terapiích a je zároveň podkladem pro vytvoření terapeutického plánu. Pro klienta pak stanovení cílů představuje motivaci pro spolupráci a aktivní účast při terapiích. Pacient ví, na čem se bude při terapiích pracovat a v případě aktivního začlenění do procesu může i ovlivnit, jakým cílům se bude společně s terapeutem věnovat podle toho, co je pro něj důležité. Aktivní účast na procesu pak může dále pozitivním způsobem ovlivnit průběh rehabilitace.

Při stanovení cílů se však pacient i terapeut musí potýkat s řadou bariér, například s odlišným pohledem terapeuta a klienta na dané problémy. Ze strany klienta pak mohou proces ovlivnit problémy vzniklé v důsledku onemocnění, nedostatečná informovanost o onemocnění a možnostech rehabilitace. Ze strany odborníků může bariéry tvořit nejistota, v jak velké míře může dojít k úzdavě klienta, nedostatečné povědomí o tom, jak pracovat s nerealistickými požadavky a očekáváními klientů a obavy při vedení rozhovorů s pacientem (hlavně pokud je přítomen celý tým). Z organizačního hlediska má na stanovení cílů špatný vliv nedostatek času, špatná koordinace týmu a problémy se začleněním stanovených cílů do všech oblastí rehabilitace (Plant et al., 2016).

Na druhou stranu existují také určité prostředky pro facilitaci procesu, mezi které patří například otevřená, časná a častá komunikace, podpora a pozitivní naladění ze strany terapeuta a správně zvolený přístup ke klientovi (Plant et al., 2016). Stanovení cílů může usnadnit také používání různých nástrojů, které poskytují rámec pro zjištění potřebných informací. Dle mého názoru však v České republice převládá v mnoha zařízeních medicínský model praxe, kdy cíle terapie určuje sám terapeut dle vyšetření bez použití jakéhokoli nástroje. V akutním stádiu

onemocnění je tento postup pochopitelný, protože je třeba provádět především určité úkony pro prevenci vzniku dalších zdravotních komplikací. V subakutním a chronickém stádiu by se však na stanovení cílů měl podílet i pacient, protože je žádoucí, aby si sám určil, čeho by chtěl v rámci terapie dosáhnout. Terapeut by pak měl představovat odborníka, který poskytne informace o tom, čemu by se z jeho pohledu měla terapie věnovat, čeho je reálně dosáhnout a jakým způsobem.

Mezi nástroje využitelné pro stanovení cílů patří Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM), Goal Attainment Scaling (GAS), Talking Mats, Patient Goal Priority List (PGPL), Self Identified Goals Assessment (SIGA) a další (A. Stevens et al., 2013). Každý nástroj má své silné i slabé stránky, vhodně zvolený nástroj však může být pro terapeuta dobrou pomůckou. V praxi si ergoterapeuti často pokládají otázku, jakou strategii pro stanovení cílů zvolit u konkrétního klienta. Na tuto otázku je velmi těžké odpovědět, protože v rámci procesu musí být zohledněna řada aspektů.

V mé práci se budu zabývat jen velmi malou částí z velkého množství nástrojů pro stanovení individuálních cílů. Teoretická i praktická část bude věnována třem nástrojům: Kanadskému hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM), Kawa modelu a Plánování zaměřenému na člověka (PZČ).

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1. Získaná poškození mozku

Získaná poškození mozku (dále jen ZPM) můžeme jednoduše definovat jako skupinu postižení mozkové tkáně, jejichž příčina není vrozená, dědičná, degenerativní, nebo vyvolaná porodním traumatem. Jedná se o poškození vzniklá po narození. Z etiologického hlediska se ZPM člení do dvou kategorií – traumatická a netraumatická poškození mozku. Mezi traumatická poškození mozku můžeme zařadit poškození vzniklá například při dopravních nehodách, pádech, při sportech či rekreačních činnostech. Do netraumatických příčin pak patří cévní mozkové příhody, infekční, toxické, nádorové či hypoxické vlivy (Brain Injury Association of America, 2019).

1.1.1. Druhy ZPM

Cévní mozková příhoda (CMP)

Iktus neboli cévní mozková příhoda (dále jen CMP) je „*náhle vzniklá nebo rychle se rozvíjející ložisková mozková dysfunkce (vzácně i globální dysfunkce bez ložiskových projevů), která trvá déle než 24 hodin nebo končí smrtí nemocného, bez přítomnosti jiné zjevné příčiny, než je porucha mozkové cirkulace*“ (Ambler a kol., 2010, str. 3). V žebříčku nejčastějších příčin úmrtí zaujímá druhé místo. Počet nově vzniklých iktů každoročně roste. Celosvětově každý rok přibude 17 milionů nových případů CMP (E. Stevens et al., 2017). Statistika pro Českou republiku rovněž není příznivá. Dle dostupných dat organizace Stroke Alliance For Europe (2017) připadlo v roce 2015 na 100 000 obyvatel téměř 107 nově vzniklých CMP.

Důvodem vysokého výskytu CMP jsou četné rizikové faktory, které se vyskytují převážně ve vyspělých zemích. Můžeme je rozdělit do tří skupin: zdravotní stavy, jež zvyšují riziko vzniku CMP, ovlivnitelné faktory a životní styl, neovlivnitelné faktory. Do první skupiny se řadí hypertenze, diabetes mellitus, srdeční choroby a tranzitorní ischemická ataka (dále jen TIA) (The Internet Stroke Center, 2019).

Zvláště TIA by neměla být podceňována, protože je jakýmsi varovným signálem. Jde o krátkodobou blokádu mozkové tepny, která se sama rozpustí, nebo se dá snadno uvolnit. Kolem 15 % CMP je předznamenáno právě TIA (American Stroke Association, 2019). Mezi faktory, jež můžeme ovlivnit a výrazně tak snížit riziko vzniku CMP patří: kouření, obezita a s tím spojená zvýšená hladina cholesterolu a lipidů, nedostatečná fyzická aktivita, nadměrná

konzumace alkoholu, užívání drog. Neovlivnitelnými faktory jsou: věk (riziko se s věkem zvyšuje) – CMP se častěji vyskytuje u lidí po 60 roce věku, pohlaví (CMP je v nižším věku častější u mužů), dědičnost (CMP je častější u lidí, jejichž příbuzní prodělali iktus) a etnická příslušnost (The Internet Stroke Center, 2019).

Mechanismem vzniku tohoto onemocnění je v 80 % ischemie, zbylých 20 % tvoří CMP hemoragická (Ambler, 2011). Ischemické CMP většinou vznikají uzávěrem tepny na podkladě aterosklerózy a následné tvorby trombů. Tepnou nemůže protékat dostatečné množství krve, která by okysličila mozkovou tkáň. Mozek má velmi vysoké nároky na přísun kyslíku. Pro výživu mozkové tkáně je využito až 20 % přijatého kyslíku. Velmi brzy tedy začne vznikat hypoxie a následná destrukce mozkové tkáně. Postižená tkáň s progredující hypoxií podléhá určitým změnám. Nejprve dochází ke změnám činnosti v této oblasti (tzv. oblast oligemická). Následuje zástava funkce, ale struktura tkáně je zachována. Tato fáze se nazývá ischemický polostín (penumbra). Je také označována jako terapeutické okno, protože v tomto časovém úseku existuje určitá naděje pro záchranu velké části mozkové tkáně (Pfeiffer, 2007). Dle směrnic se jedná o časový úsek v trvání 4,5 hodiny (E. Stevens et al., 2017). Léčba spočívá v podávání léků podporujících přežití neuronů (tzn. neuroprotektce) a rozpouštění trombů (tzn. trombolýza). Pokud se tkáň nepodaří včas zachránit, propadá ischemické nekróze a je nenávratně zničena (Pfeiffer, 2007).

Méně časté hemoragické CMP jsou spojeny s arteriální hypertenzí a aterosklerózou. Důvodem jejich vzniku je ruptura stěny cév (zejména tepen) v mozku. Krvácením do určité oblasti dojde k poškození až nekróze příslušné mozkové tkáně (Vokurka a kol., 2014). Až v 80 % případů dochází ke krvácení v oblasti capsula interna a putamen. Situaci komplikuje edém mozku, jenž způsobí přetlak v dutině lební a následné zamezení odtoku krve a likvoru. Pro odstranění přetlaku se provádí odsátí hematomu nebo kraniotomie. Při kraniotomii se chirurgicky otevře lebka, aby došlo k redukci přetlaku (Pfeiffer, 2007).

Kromě intracerebrálních hemoragií, kdy dochází ke krvácení do mozku, může docházet také ke krvácení mezi mozkovými plenami. Jako následek ruptury aneuryzmatu často vzniká subarachnoidální krvácení. Subarachnoidální prostor se nachází mezi pavoučnicí a měkkou mozkovou plenou, která odděluje tento prostor od mozkové tkáně. Nedochází tedy ke krvácení přímo do mozkové tkáně, ale do prostoru mezi mozkovými plenami (Vokurka a kol., 2014).

Mozkové nádory

V onkologii běžně platí, že maligní nádory se zpravidla chovají expanzivně, rostou rychleji a mohou prorůstat do okolních tkání. Naproti tomu benigní nádory jsou ohraničené a do okolní tkáně tedy neprorůstají (WebMD, 2019). U mozkových nádorů však musíme dbát i na jejich umístění. Některé nádory mohou být benigní, ale jejich umístění může být takové, že není možná operace. Inoperabilní benigní nádory – tzv. benigní nádory v maligním umístění – mohou utlačovat okolní struktury, které jsou náchylné i na malý tlak. Následky jsou pak v takovém případě rozsáhlé (Pfeiffer, 2007). Sekundární neboli metastatické nádory, tvoří 20-40 % mozkových nádorů. Do mozku nejčastěji metastazuje bronchogenní karcinom, melanoblastom, Grawitzův tumor, karcinom prsu a tlustého střeva. Tumor může postihnout přímo mozkovou tkáň, pak se jedná o intracerebrální nádory, nebo okolní struktury mozkové tkáně – tzv. extracerebrální nádory (Ambler, 2011).

Prokazatelných rizikových faktorů pro vznik tumoru mozku je jen velmi málo. Výzkumy ukazují, že pravděpodobnost výskytu nádoru zvyšuje radiační ozáření hlavy u dětí, některá genetická onemocnění – například neurofibromatóza, a věk – vyšší riziko je u lidí ve věkovém rozmezí 65 až 79 let (WebMD, 2019).

Infekční poškození mozku

Vyvolavateli infekčního onemocnění mozku jsou nejčastěji bakterie, viry nebo plísňe. Postiženy mohou být mozkové pleny – meningitidy, vlastní mozková tkáň – encefalitidy, nebo kombinace obou – meningoencefalitidy (Lišková a kol., 2014). Bakteriální neuroinfekce jsou původcem meningitid a Lymeské nemoci – boreliózy. Mezi nejznámější virové neuroinfekce patří klíšťová encefalitida (Pfeiffer, 2007).

Toxické poškození mozku

Látky způsobující toxické poškození centrální nervové soustavy (dále jen CNS) jsou obsaženy v drogách, alkoholu nebo mohou pocházet například ze životního prostředí. Zdrojem toxických látek v životním prostředí je převážně průmyslová výroba, k otravě však může dojít i v domácím prostředí. Proti určitým látkám je CNS chráněná, některé se do organismu dostanou lehce. Důležitou roli hraje míra přijaté látky. Pokud překročí určitou hranici, projeví se klinickými příznaky. Dalšími důležitými faktory jsou doba expozice určité látky, druh této látky, postižená oblast mozku a typ zasažené buňky (Y. Kim a J. W. Kim, 2012).

K postižení CNS může dojít tzv. profesionální intoxikací, kdy je člověk při vykonávání určitého povolání vystaven působení toxických látek, například oxidu uhelnatému nebo toluenu. Pak existuje také skupina neprofesionálních intoxikací, mezi jejíž nejčastější případy patří intoxikace léky. Dále se vyskytují otravy v důsledku abúzu alkoholu a drog. V některých případech se také může jednat o intoxikaci houbami či rostlinami (Rakovcová a kol., 2010).

Mozková hypoxie a anoxie

Jak jsem se již zmínila dříve, mozek má velmi vysoké nároky na přísun kyslíku (Pfeiffer, 2007). Pokud je kyslíku málo (tzv. hypoxie), nebo nastal jeho úplný nedostatek (tzv. anoxie), mozkové buňky po několika minutách začnou odumírat (Vokurka a kol. 2014). Při těžkém omezení přísunu kyslíku dochází ke komatoznímu stavu a v nejtěžších případech ke smrti. Mozková hypoxie či anoxie může být způsobena například cévní mozkovou příhodou, tonutím, otravou oxidem uhelnatým nebo srdečním selháním (Synapse, 2016).

Traumatické poškození mozku

Traumatické poškození mozkové tkáně může vzniknout například při dopravní nehodě, při sportu či v práci. Jedná se o fyzické poškození mozku, kdy na tkáň působí různé vnější vlivy. Poranění dělíme podle několika kritérií: okolnosti vzniku, mechanismus a vážnost poranění (Lišková a kol., 2014).

Okolnosti vzniku poranění se dělí na primární a sekundární. Primárním poraněním se rozumí poškození tkáně vzniklé jako přímý následek úrazu. Mezi tato poškození se řadí komoce (otřes), kontuze (zhmoždění), lacerace (roztržení) mozkové tkáně a dále difúzní axonální poškození (Lišková a kol., 2014). Komoce je nejlehčím stupněm primárního poranění mozku. Dochází při ní ke krátké poruše mozkové funkce. Jedná se o reverzibilní poruchu, avšak u 50 % pacientů se objevuje tzv. postkomoční syndrom (nevolnost, nauzea, vertigo apod.). Při kontuzi již dochází ke strukturálnímu poranění mozkové tkáně. U těžších kontuzí proběhne tzv. lacerace, tedy porušení kontinuity mozkového povrchu. Prokrvácená zhmožděná tkáň podlehne nekróze a tím vzniká v mozkové tkáni dutinka. Ložiska jsou většinou vícečetná. Difúzní axonální poškození vzniká při poruše retikulo-kortikálních vláken. Má charakter funkčního poškození, kdy jsou axony jen nataženy, nebo strukturálního poškození axonů bílé hmoty, kdy dojde k ruptuře axonů. Při strukturálním poškození ascendentní i descendentní axony bílé hmoty mozkové degenerují (Ambler, 2011). Sekundární poranění jsou ta, která

se vyvinou se zpožděním a komplikují stav pacienta. Může jít o krvácení, hematom či otok (Lišková a kol., 2014).

Mechanismem vzniku poranění může být buď přímý kontakt hlavy s jiným předmětem, kdy předmět pronikne mozkovou tkání, nebo působení fyzikálních veličin – tlaku a zrychlení (Lišková a kol., 2014). Pokud předmět (např. kulka) pronikne lebkou do mozku, vzniká otevřené poranění. Mnohem častější uzavřené poranění vzniká vlivem fyzikálních veličin (Powell, 2010).

Dle vážnosti poranění rozlišujeme tři skupiny. Nejpočetnější skupinou (80 %) jsou lehká poranění mozku. Ačkoli se jedná o lehké postižení, doprovází ho již zmíněný postkomoční syndrom. Méně častá jsou středně těžká či těžká poranění mozku. U lidí s těžkým poraněním hlavy se již objevují vážnější fyzické následky. Zvláště závažnější traumatická poškození mozku doprovází různě dlouhá ztráta vědomí a ztráta paměti neboli amnézie (Powell, 2010).

1.1.2. Následky ZPM

Následky získaného poškození mozku mohou být rozsáhlé. Nezasahují jen do oblasti fyzické. Mají vliv také na emoce, chování, oblast kognitivních funkcí a následně i oblast sociální a ekonomickou. Rovněž je důležité si uvědomit, že se dané problémy netýkají jen konkrétního člověka, ale i jeho okolí, nejvýrazněji pak jeho rodiny. Charakter obtíží vzniklých po ZPM je závislý na lokalizaci poškození mozkové tkáně (Lišková a kol., 2014).

1.1.2.1. Fyzické následky

Pohybová omezení

Výrazným fyzickým omezením, které má vliv na hybnost především horních a dolních končetin, je **spasticita**. Společně s dalšími symptomy, jako je například spastická dystonie, ko-kontrakce, synkineze, ale i paréza, zkrácení svalu, neobratnost a snadná unavitelnost, patří do příznaků poruchy centrálního motoneuronu. Tento syndrom, v angličtině označovaný jako „upper motor neuron syndrom“, vzniká při různém postižení CNS. Výjimku tvoří postižení mozečku, kdy je přítomna hypotonie. Spasticitu můžeme definovat jako zvýšený tonický napínací reflex závislý na rychlosti pasivního protažení. Při aspekcí pacienta pak pozorujeme její projev v podobě spastické dystonie vedoucí k patologickému postavení končetin (např. Wernicke-Mannovo držení). Na horní končetině se objevuje patologické postavení

v následujícím vzorci: addukce a vnitřní rotace ramene, flexe v lokti, pronace předloktí, flexe v zápěstí, flexe prstů. U palce se může vyskytnout flexe, opozice, eventuálně abdukce či addukce. U dolní končetiny se nejčastěji objevuje tento vzorec spastické dystonie: addukce a vnitřní rotace kyčle, extenze, eventuálně flexe kolene, plantární flexe a inverze nohy, flexe prstů a extenze, eventuálně flexe palce (Švestková a kol., 2017).

V oblasti **hrubé motoriky** může dojít například vlivem již zmíněné spasticity, hlavně na dolních končetinách, k omezení stereotypu chůze (Švestková a kol., 2017). Mobilita může být rovněž narušena při přetáčení na lůžku, posazování a vertikalizaci (Švestková a kol., 2013). Komplikace mohou představovat také porucha rovnováhy a závratě (Lišková a kol., 2014). U horních končetin může být narušena schopnost volního pohybu. Při hodnocení lze zjistit omezení rozsahu pohybů, kompenzační souhyby, chybné postavení ramenního kloubu, omezenou svalovou sílu, ataxii (neboli poruchu schopnosti provádět správně cílené pohyby) či třes (Švestková a kol., 2013).

Jemná motorika se uplatňuje především při provádění jemných pohybů ruky. V této oblasti se mohou objevovat problémy s grafomotorikou (tedy s pohyby, které se uplatňují při grafických činnostech), prováděním úchopů a manipulací s předměty (Krivošíková, 2011). U provádění úchopů může nastat problém v některé z následujících fází úchopu: přiblížení, uchopení (fáze se dále dělí na rozevření a sevření), držení, uvolnění a oddálení. Provedení úchopů, ale i další oblasti jemné motoriky, může narušit porucha koordinace a přesnosti, problém se zacílením pohybu (ataxie), porucha koordinace oko-ruka a snížená svalová síla (Švestková a kol., 2013).

Smyslová omezení

Smyslová omezení zahrnují **poruchy čichu, rozlišení chutí, zraku** (např. opomíjení části zorného pole, dvojité vidění – neboli diplopie), **sluchu, čítí**, ale také **přecitlivělost na zvuk** (fonofobie) či **světlo** (fotofobie) a **zvonění v uších** (Lišková a kol., 2014). Při poruše čítí může docházet k **anestezii** (chybí vnímání určitého typu citlivosti), **hypestezii** (snížené vnímání určitého typu citlivosti), **hyperestézii** (zvýšené vnímání určitého typu citlivosti), **parestézii** (nejčastěji pálení či brnění projevující se spontánně) nebo **dysestézii** (chybná interpretace určitého podnětu, nebolestivý podnět je vnímán jako nepříjemný až bolestivý) (Kolář, 2009). Porušeno může být jak povrchové čítí (taktilní, algické, termické a diskriminační čítí), tak hluboké čítí (pohybocit, polohocit, vibrační čítí) (Krivošíková, 2011).

Dysfagie

Porucha polykání, jež se rovněž může vyvinout jako následek ZPM, se nazývá dysfagie. V důsledku poškození nervového systému nastává blokáda či zúžení jícnu způsobující potíže s polykáním. Mezi obtíže způsobené touto poruchou patří například neschopnost polknout, potíže se zpracováním jídla v ústech či bolest při polykání (Nestlé Health Science, 2019).

Epilepsie

Fyzickým omezením, které může znamenat vážnou komplikaci, je epilepsie. Jedná se o záchvatové onemocnění s mnohočetnými příznaky. Přítomna může být porucha až úplná ztráta vědomí, tiky až svalové křeče, rychlé pohyby těla, nepravidelné dýchání a ztráta schopnosti udržet moč a stolici. Epilepsie vyskytující se jako následek získaného poškození mozku se nazývá sekundární epilepsie (Lišková a kol., 2014).

Ostatní fyzické následky

Do fyzických následků lze řadit také méně nápadné obtíže jako bolesti hlavy, únava a poruchy spánku. V oblasti hormonálních poruch se objevují sexuální dysfunkce, změněné reakce na stres a poruchy vnitřního prostředí (Lišková a kol., 2014).

1.1.2.2. Kognitivní následky

Kognitivní funkce zahrnují oblast poznávacích funkcí (Ambler, 2011). Dle Krivošíkové (2011) se rozlišují na základní, vyšší kognitivní funkce a metakognitivní schopnosti. Mezi základní kognitivní funkce, jež ovlivňují ty vyšší, lze řadit například vnímání, pozornost či paměť. Do vyšších kognitivních funkcí pak patří například myšlení či exekutivní funkce. Metakognice je schopnost přemýšlet o vlastních myšlenkových procesech.

U osob se ZPM bývá často porušena **pozornost, paměť, orientace a exekutivní funkce**. Při poruše pozornosti není člověk schopen začít či dokončit danou činnost a eliminovat rušivé podněty. Tato velmi častá porucha má vliv na další složky v oblasti kognitivních funkcí. Jednou z nich je paměť, která nám umožňuje přijímat, zaznamenávat a znovu použít informace. Její porucha se může týkat jakékoli části tohoto procesu (Krivošíková, 2011). Dále může být postižen určitý druh paměti. Dle délky uchování informace rozlišujeme postižení dlouhodobé, krátkodobé a okamžité paměti (Lišková a kol., 2014). Při poruše krátkodobé paměti, která je častější, je pacient omezen v každodenním životě jak po stránce pracovní a sociální,

tak i v oblasti volného času (Powell, 2010). Porucha orientace má za následek problémy s uvědomováním si vztahů k vlastní osobě, místě, času a okolnostem (Krivošíková, 2011).

Exekutivní funkce představují mechanismus integrující všechny ostatní funkce tak, abychom byli schopni započít, vykonávat a dokončit danou činnost, flexibilně myslet, plánovat, organizovat, stanovovat si reálné cíle či rozfázovat činnost na jednotlivé kroky. Při poruše těchto funkcí má člověk problém s vykonáváním složitějších úkolů či činností a s řešením problémových situací. Dalšími kognitivními funkcemi, u kterých se může objevit deficit, jsou: percepce a poznávání, myšlení, učení, psychomotorické tempo, prostorová orientace a vizuální vnímání (Lišková a kol., 2014).

Zvláštním syndromem, při němž je přítomna porucha pozornosti, vnímání a orientace nejčastěji v levé polovině prostoru, je tzv. **neglect syndrom**. Projevuje se zmateností, vrážením do předmětů, vynecháváním začátečních písmen při čtení a řadou dalších příznaků (Ambler, 2011).

1.1.2.3. Poruchy symbolických a řečových funkcí

Symbolické funkce (jejichž součástí je i řeč) dělíme do tří oblastí: funkce fatické, gnostické a praktické. **Funkce fatické** zahrnují schopnost mluvit, číst, psát, počítat a myslet v abstraktních pojmech. Při jejich poruše jsou tyto schopnosti postiženy. Při poruše **gnostických funkcí** dochází k narušení schopností poznávat předměty pomocí smyslového vnímání. Vznikají tak různé typy **agnózie** – například zraková či sluchová. **Praktické funkce** umožňují člověku vykonávat složitější účelové pohyby. Pokud jsou tyto funkce narušeny, může vzniknout porucha při představě, plánu nebo provedení pohybu. Tato porucha se nazývá **apraxie** (Ambler, 2011).

Řeč je důležitý komunikační nástroj. Porucha řeči, při níž je narušena její produkce nebo porozumění se nazývá **afázie** (Ambler, 2011). Dle narušení plynulosti se jednotlivé typy afázií dělí na fluentní a non-fluentní. Do fluentních se řadí lehčí formy afázie: anomická, kondukční, transkortikální sensorická a Wernickeova. Do non-fluentních patří: transkortikální motorická, Brocova, transkortikální smíšená a globální. Nejčastějším typem je afázie anomická charakteristická narušením plynulosti řeči z důvodu špatné výbavnosti běžně používaných slov. Rozumění řeči však narušené není. Nejtěžším typem je afázie globální. Produkce řeči kompletně vázne nebo je řeč tvořena s velkou námahou v podobě automatismů a stereotypií. Rozumění řeči je rovněž těžce postiženo. Obraz globální afázie se časem může upravit

do obrazu Brocovy afázie (Univerzita Palackého v Olomouci, 2012). Pokud je porušena inervace svalového aparátu podílejícího se na tvorbě řeči, dochází k poruše artikulace neboli dysartrii. Tato porucha se vyznačuje setřelou a smazanou řečí (Ambler, 2011).

1.1.2.4. Emoční a behaviorální následky

Zvládnout emoční problémy a problémy v chování je pro klienta i jeho okolí velice náročné. Dle výzkumů jsou tyto problémy pro klientovu rodinu nejvíce stresující. Obtíže mohou vzniknout přímým nervovým poškozením, zvýrazněním již existujících osobnostních rysů, vlivem stresů provázejících adaptaci na postižení či prostředí, v němž klient žije. Pokud dojde k poškození čelních laloků a limbického systému, člověk ztrácí schopnost ovládat emocionální impulzy. Je tedy často **podrážděný** a má **výbuchy vzteku**. Člověka se ZPM může dále trápit **nedostatečný náhled** na to, co se děje s ním a v jeho okolí, jeho **emoční labilita** či **oploštělost**, **apatie**, **ztráta motivace**, **utkvělé myšlenky**, **sebestřednost**, **impulzivita**, **ztráta zábran** nebo **násilné chování** (Powell, 2010).

Běžné jsou pocity **úzkosti** a **deprese**, jež pochází z vědomí, že některé věci nejsou stejné jako před poškozením mozku. 50 % lidí se ZPM trápí deprese. Dle Powella (2010) je však deprese dobrým znamením, protože z toho vyplývá, že má člověk správný náhled na svou situaci a snaží se s ní vypořádat. Na druhou stranu jsou deprese pro rehabilitaci jistou překážkou, protože daný jedinec je rezignovaný a bez motivace k návratu do běžného života (Lišková a kol., 2014).

Poruchy nálady, emoční a depresivní rozlady i změny osobnosti jsou součástí příznaků charakteristických pro **prefrontální syndrom** (dříve organický psychosyndrom). Jedná se o syndrom vzniklý přímým, nebo zprostředkovaným poškozením mozku, jež se kromě výše zmíněných symptomů projevuje poruchou paměti, koncentrace, pozornosti a zpomaleným psychomotorickým tempem (Ambler, 2011).

Další potíže představují **sexuální problémy**, kdy se může snížit nebo naopak zvýšit sexualita jedince. Snížená sexualita je způsobená například změnou rolí, pocitem vlastní nepřitažlivosti, únavy a strachu z odmítnutí. K nevhodnému sexuálnímu chování pak dochází, pokud je sexualita člověka zvýšená. Daný člověk si kromě ztráty zábran mnohdy špatně vykládá sexuální chování druhých lidí a může tak docházet k nepříjemným situacím s nepříjemnými důsledky (Powell, 2010).

1.1.2.5. Sociální následky

Oblast sociální zahrnuje osobní, rodinný, společenský a pracovní život. Změna zdravotního stavu člověka po ZPM ovlivní všechny tyto složky. Daný jedinec například nemůže vykonávat dosavadní zaměstnání, tím ztratí roli živitele rodiny a postavení ve společnosti. Také se nemůže věnovat svým zálibám a trávit volný čas s přáteli a rodinou tak, jak byl zvyklý. To vše má dopad na jeho osobní život a následně i na život jeho blízkých (Lišková a kol., 2014).

Pro nemocného i jeho rodinu a přátele je velmi těžká fáze, kdy musí přijmout, že život nebude jako dřív. Přijetí tohoto faktu však jedinci může umožnit objevovat nové možnosti seberealizace a stanovení nových reálných cílů. Při hledání nového života znamenají přátelé a rodina pro nemocného velkou sociální oporu (Lišková a kol., 2014). Na druhou stranu musí zejména rodinní příslušníci dbát na to, aby neposkytovali pacientovi přehnanou péči. Po propuštění pacienta z nemocnice je toto chování u rodinných příslušníků běžné a pochopitelné, zvláště pokud pacienty jsou děti a pečujícími osobami jejich rodiče. Pro získání samostatnosti pacienta je ale lepší, pokud ho rodina podpoří v nezávislosti. Navíc je důležité mít nějaký čas i na své koníčky a přátele, protože může hrozit přerušení kontaktů a následná izolace od okolního světa (Powell, 2010).

Zejména členové rodiny často sami mohou trpět změnami způsobenými nemocí. Velké procento rodinných příslušníků má úzkosti a deprese. V partnerském vztahu, kdy jeden z partnerů prodělal ZPM, většinou nenachází zdravý partner uspokojení. Mísí se v něm potřeba pomoci nemocnému partnerovi a potřeba utéct z této situace. To má vliv i na další rodinné příslušníky a rodinné vazby (Lišková a kol., 2014).

1.2. Rehabilitace

Hlavním cílem rehabilitace je optimálně se přiblížit fyziologické normě stavu člověka před úrazem či onemocněním. Lidem s určitou disabilitou jsou v rámci rehabilitace poskytovány takové prostředky, aby bylo dosaženo nejvyšší možné míry nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života. U osob s těžkou či velmi těžkou disabilitou je pak důležité zajištění důstojného života (Švestková, 2017).

1.2.1. Koordinovaná rehabilitace

Dle Švestkové (2017) je koordinovaná rehabilitace souvislá a komplexní činnost zaměřující se na zmírnění přímých i nepřímých důsledků dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, který omezuje nebo znemožňuje osobám s disabilitou začlenění do společnosti. Koordinovaná rehabilitace by měla splňovat tyto charakteristiky: včasnost, komplexnost, návaznost, koordinovanost a součinnost. Včasné zahájení rehabilitace, jako základní předpoklad její úspěšnosti, vede k potřebné aktivizaci a motivaci pacientů i rodinných příslušníků. Pokud jsou brány v úvahu všechny dostupné informace a hlediska, pak je rehabilitace komplexní. Dodržení návaznosti jednotlivých naplánovaných kroků má za cíl vyhnout se zbytečným prodlevám. Koordinovanost je v rehabilitaci důležitá pro dosažení co nejlepšího, nejrychlejšího a nejefektivnějšího výsledku. Součinnost pak znamená spolupráci mezi zúčastněnými stranami (pacient, poskytovatelé rehabilitace, příslušné orgány státní správy i samosprávy).

Ucelená neurorehabilitace má čtyři základní, navzájem se prolínající složky: rehabilitace ve zdravotnictví, pedagogická, sociální a pracovní rehabilitace. Na **rehabilitaci ve zdravotnictví** se podílí mnoho profesí, mimo jiné také ergoterapeut, fyzioterapeut, klinický psycholog a klinický logoped. Hlavním cílem této oblasti rehabilitace je obnova nebo náhrada ztracených fyzických a psychických funkcí. Snahou **pedagogické rehabilitace** je dosáhnout u osob s disabilitou co nejvyššího možného stupně vzdělání, eventuálně znovu nabytí ztracených vědomostí. Součástí této oblasti rehabilitace je speciální vzdělávání a pedagogicko-psychologické poradenství. **Sociální rehabilitace** je proces, který má osobě s disabilitou prostřednictvím trénování potřebných dovedností zajistit co nejvyšší možnou míru soběstačnosti a umožnit tak co nejvyšší stupeň sociálního začlenění dané osoby (Švestková, 2017). Podpora pro získání potřebných pracovních dovedností a pomoc při hledání a získání pracovního místa je cílem **pracovní rehabilitace** (Lišková a kol., 2014). Tato oblast rehabilitace je v kompetenci úřadů práce (Švestková, 2017).

1.2.2. Interprofesní tým

Každé lůžkové i ambulantní rehabilitační oddělení by mělo mít interprofesní tým, v kterém jsou zastoupeny tyto profese: rehabilitační lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, klinický psycholog, klinický logoped, speciální pedagog, zdravotní sestra a sociální pracovník. Dalšími členy mohou být nutriční terapeut, případně protetik, biomedicínský inženýr či posudkový lékař. Za nezbytné členy týmu jsou považováni přátelé a rodina (Švestková, 2017).

Ergoterapeutický proces v rámci rehabilitace

Ergoterapeutický proces je specifický plán, kterým se ergoterapeut při léčbě řídí. Má pět základních fází: příjem, hodnocení, plánování léčby, léčba a propuštění. Součástí třetí fáze ergoterapeutického procesu je také právě stanovení cílů terapie. **Příjem** klienta proběhne na základě doporučení a indikace lékaře. Při příjmu ergoterapeut zjišťuje informace, které mu pak pomohou v rozhodování, zda dotyčného klienta přijmout k dalšímu vyšetření. Fáze **hodnocení** probíhá formou screeningu či komplexnějšího hodnocení. Poté proběhne analýza nasbíraných dat a určí se klientovy obtíže společně s možnostmi, jak je řešit (Krivošíková, 2011).

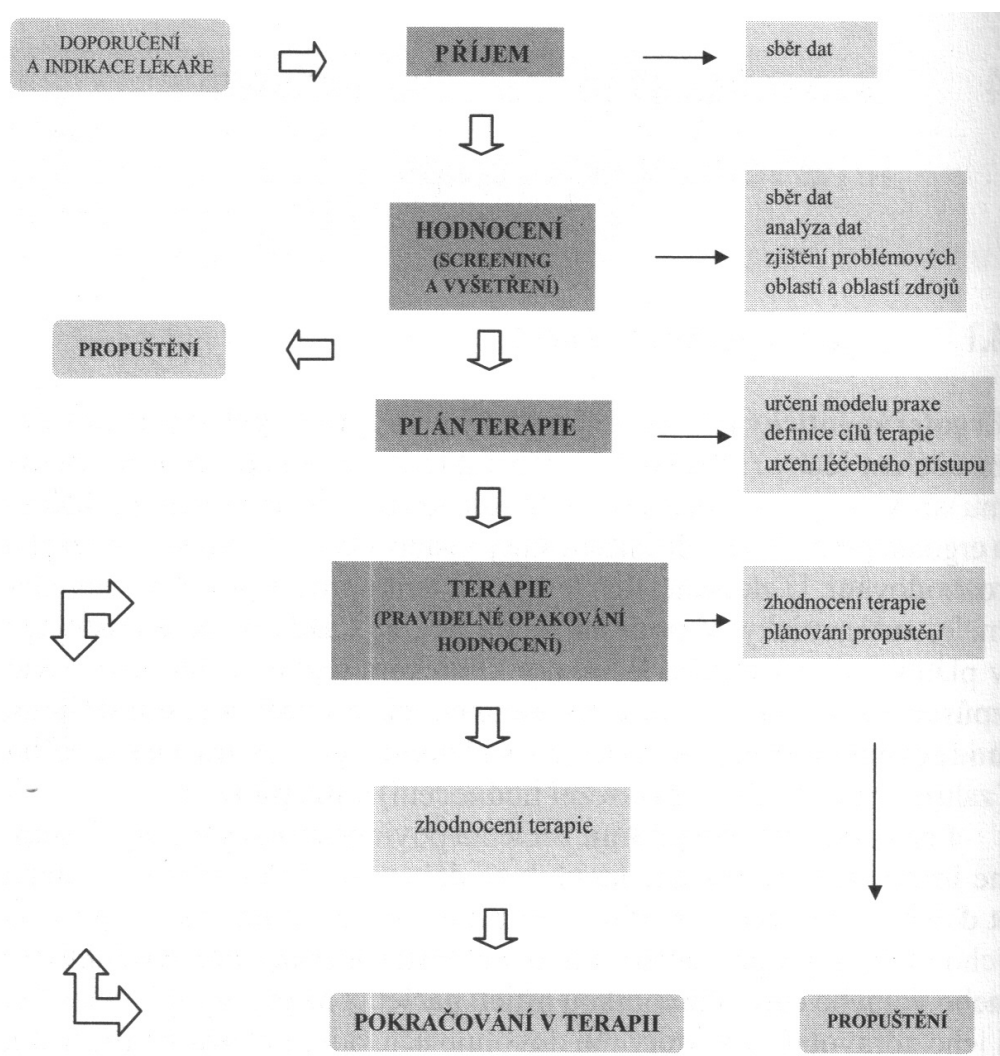
Závěr celého vyšetření je podkladem pro další fázi procesu, kterou je **plánování léčby**. Ve fázi plánování léčby se kromě určení modelu praxe a určení léčebného přístupu stanovují také cíle terapie. Na jejich naplňování by se měl podílet celý tým ve spolupráci s klientem (Krivošíková, 2011).

Ve čtvrté fázi již probíhá samotná **terapie**. V průběhu terapie je možné provádět úpravy terapeutického plánu podle vývoje zdravotního stavu a zjištění nových skutečností majících vliv na průběh terapie. Provádí se průběžná zhodnocení cílů terapie, na jejichž základě je klient buď **propuštěn**, nebo dále pokračuje v terapii. Součástí poslední fáze je závěrečné zhodnocení cílů terapie a změn, kterých se podařilo dosáhnout. Dále ergoterapeut doporučuje další postup (léčebný či preventivní) a provádí instruktáž klienta a jeho rodiny ohledně domácího cvičebního programu a používání kompenzačních pomůcek (Krivošíková, 2011).

Stanovení cílů v ergoterapii

Při stanovení jednotlivých cílů je nezbytné dodržet pravidlo SMART. Tento akronym sestává z pěti anglických slov – specific (specifický), measurable (měřitelný), agreed (odsouhlasený), realistic (realistický) a timed (časově ohraničený), označujících vlastnosti, jež by měl každý správně formulovaný cíl mít (Page et al., 2015).

Dle časového hlediska se s pacientem plánují krátkodobé a dlouhodobé cíle terapie. Krátkodobé cíle se týkají období cca 1–4 týdnů a jsou pravidelně aktualizovány dle aktuálního stavu pacienta. Dlouhodobé cíle jsou globálnější a jsou plánované pro delší časový horizont (v některých zařízeních do doby propuštění). Krátkodobé cíle mohou být v podstatě kroky vedoucí ke splnění dlouhodobých cílů (Krivošíková, 2011).



Obr. č. 1.1. Schéma ergoterapeutického procesu (Krivošíková 2011)

1.3. Vybrané nástroje pro stanovení individuálních cílů

Pro usnadnění procesu stanovení cílů v rehabilitaci a poskytnutí určité struktury bylo vytvořeno mnoho nástrojů, například Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (dále jen COPM), Goal Attainment Scaling (GAS), Talking Mats, Patient Goal Priority List (PGPL), Self Identified Goals Assessment (SIGA) a další (A. Stevens et al., 2013). V následující kapitole bych ráda představila tři nástroje pro stanovení individuálních cílů terapie, jimž se budu následně věnovat také v praktické části své práce.

1.3.1. Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM)

Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (dále jen COPM) bylo vytvořeno v roce 1991 kolektivem kanadských ergoterapeutů – Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko a Nancy Pollock, a vychází z Kanadského modelu výkonu zaměstnávání (viz níže). Jde o standardizovaný nástroj pro identifikaci každodenních problémů klienta, jež omezují či mají dopad na jeho výkon v každodenním životě. Je zde subjektivně hodnocena důležitost, výkon a spokojenost jednotlivých položek v oblastech soběstačnosti, produktivity a volného času. Pomocí COPM jsou pak také zaznamenány změny ve výkonu zaměstnávání a spokojenosti s tímto výkonem vnímané klientem v průběhu času, proto by se mělo s klientem provádět opakovaně po určitém časovém intervalu. Tento nástroj je používán ve více než 40 zemích a byl přeložen do více než 35 jazyků (COPM, 2019).

Kanadský model výkonu zaměstnávání (CMOP)

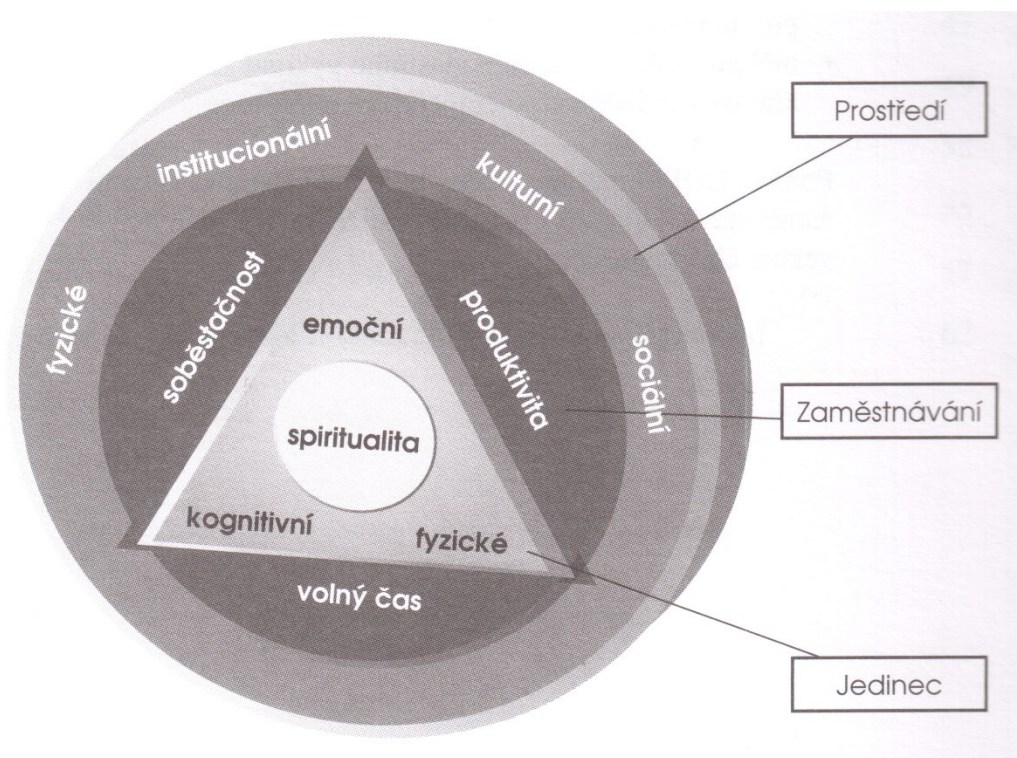
Kanadskému modelu výkonu zaměstnávání, ze kterého COPM vychází, se věnuje dokument *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*, v němž je také zmíněna definice výkonu zaměstnávání. Tímto teoretickým ergoterapeutickým modelem se řídí kanadská ergoterapeutická praxe. Základní myšlenkou modelu je, že výkon zaměstnávání je výsledkem interakcí mezi jedincem, prostředím a zaměstnáváním (Law et al., 2008).

Jedinec je charakterizován fyzickou, kognitivní a emoční komponentou (Law et al., 2008). Fyzická komponenta obsahuje motorické, senzorické a senzomotorické dovednosti a zastupuje tedy „konání“ jedince. Kognitivní komponenta představuje kognitivní funkce jedince a emoční neboli afektivní komponentu tvoří pocity týkající se emoční a sociální oblasti interpersonálních vztahů (Krivošíková, 2011). Uprostřed grafického schématu modelu se nachází spiritualita, jež je základním elementem „bytí“ (Law et al., 2008). Reprezentuje

vnitřní svět člověka, v němž jsou zohledněny jeho kulturní i osobní hodnoty, a představuje vnitřní hnací sílu pro výkon činnosti (Krivošíková, 2011).

Prostředí má čtyři složky: fyzická (např. vybavení a zařízení bytu), sociální (např. sociální skupiny), kulturní (např. národnostní příslušnost), institucionální (např. rozhodování o různých opatřeních a postupech na úrovni legislativní, politické či ekonomické) (Krivošíková, 2011). Oblastmi, v nichž dle tohoto modelu probíhá výkon zaměstnávání, jsou soběstačnost, produktivita a volný čas (Law et al., 2008).

V rámci COPM je soběstačnost hodnocena z hlediska osobní péče, funkční mobility a samostatnosti v komunitě. Hodnocení produktivity se zaměřuje na placenou nebo neplacenou práci, organizaci domácnosti a školu a hru. Do volného času je zahrnut aktivní a pasivní odpočinek a společenský život (Law et al., 2008).



Obr. č. 1.2. Schéma Kanadského modelu výkonu zaměstnávání (Law et al., 2008)

Přístup zaměřený na člověka

Nástroj COPM je známým příkladem využití přístupu zaměřeného na člověka. Tento přístup vychází z teorií humanistické psychologie Carla Rogerse. Osoba docházející na terapii je nazývána klientem, případně uživatelem, nikoliv pacientem. Ve vztahu klient-terapeut je dle Rogerse důležitá empatie, respekt, aktivní naslouchání a pochopení motivace jedince. Vztah není direktivní, ale partnerský. Ergoterapeut s klientem spolupracuje takovým způsobem, aby byl klient aktivním účastníkem terapie. Respektuje klientovu autonomii, jeho přání a názory. Zároveň se snaží o sladění cílů a přání klienta se svým odborným pohledem. Klient má možnost podílet se na stanovení cílů ergoterapie (Krivošíková, 2011). Za předpokladu, že jsou zohledněny klientovy preference a potřeby, by v ideálním případě mělo použití takového přístupu v praxi přinášet klientům pocit spokojenosti s průběhem rehabilitace (Plant et al., 2016).

Ačkoliv je tento přístup v mnoha směrech sympatický, u některých pacientů (či klientů) a v některých stádiích rehabilitace není pro stanovení cílů terapie zcela vhodný (Plant et al., 2016). Klienti i terapeuti potýkající se s problémy při používání přístupu zaměřeného na člověka uváděli, že se necítí dobře v roli rovnocenného partnera. Klienti staršího věku se zdráhali sdělit terapeutům své problémy nebo se báli, že nízké hodnocení bude bráno jako stížnost. Jiní klienti předpokládali, že cíle budou určovat terapeuti jakožto odborníci. Někteří byli dokonce frustrováni, protože museli převzít část odpovědnosti za svou léčbu. I samotní terapeuti měli problém podílet se na vedení léčebného procesu společně s klienty (A. Stevens et al., 2013).

1.3.1.1. Administrace COPM

1. krok: Definice problému

Nejprve je klient požádán, aby si představil svůj běžný den a popsal zaměstnávání nebo činnosti, jež přes den dělá. U každé činnosti klient hodnotí, zda je pro něho výkon dané činnosti problémový a v jakém smyslu, či nikoliv. Terapeut má v příloze metodiky COPM k dispozici seznam zaměstnávání rozdělený do oblastí soběstačnost, produktivita a volný čas. Tento seznam mu může pomoci při vedení rozhovoru s klientem a je také dobrou pomůckou pro pokrytí všech oblastí zaměstnávání (Law et al., 2008).

2. krok: Hodnocení důležitosti

Po identifikaci problémových činností přichází na řadu hodnocení jejich důležitosti. Na desetistupňové škále klient ohodnotí, jak je pro něho každý problém důležitý. Číslo 1 znamená, že je pro klienta problém nepodstatný. Číslo 10 znamená, že je problém pro klienta mimořádně důležitý. Tím jsou určeny klientovy priority (Law et al., 2008).

3. krok: Bodování

Pro další fázi je klíčové vybrat pět nejdůležitějších problémů. Zpravidla to bývají problémy ohodnocené nejvyšším číslem na škále důležitosti, ale je vždy nezbytné konzultovat výběr problémů s klientem. U vybraných problémů pak opět na desetistupňové škále ohodnotí svůj **výkon** v dané oblasti (1 = vůbec nejsem schopen činnost provést, 10 = jsem schopen činnost provádět velmi dobře) a jak je s tímto výkonem **spokojen** (1 = zcela nespokojen, 10 = mimořádně spokojen) (Law et al., 2008).

4. krok: Výpočet celkového skóre

Nakonec zbývá jen vypočítat celkové skóre výkonu, které získáme tím, že sečteme všechny hodnoty pro hodnocení výkonu a vydělíme počtem vybraných problémů. Celkové skóre spokojenosti se vypočítá obdobným způsobem. Pro zjištění, zda se klient zlepšil ve výkonu určité činnosti, se doporučuje po určitém časovém intervalu hodnocení opakovat (Law et al., 2008).

1.3.1.2. Využití COPM v praxi

Metodika COPM poskytuje návod na použití nástroje ve specifických případech, jež se mohou objevit v klinické praxi. Jedná se například o možnost využití COPM u dětí, u cizinců, u klientů s psychickým onemocněním, u rodinných příslušníků a různých dalších případů. Metodika se též věnuje využití COPM u klientů s poruchou komunikace nebo u klientů s kognitivní poruchou (Law et al., 2008).

U klientů s poruchou komunikace lze dle metodiky využít pomoci oprávněného respondenta, který bude vykonávat funkci tlumočnicka a bude přesně informovat terapeuta o pocitech a přáních klienta. Jedním z možných úskalí je, že respondent nemusí být do některých oblastí života klienta zasvěcen a nemůže poskytnout potřebné informace. Respondent by měl odpovídat tak, jak si myslí, že by na otázku odpověděl klient, pokud by to bylo možné. Měl by tedy odpovídat v zájmu klienta, a ne dle vlastních zájmů a pocitů, což může být pro některé respondenty těžký úkol (Law et al., 2008).

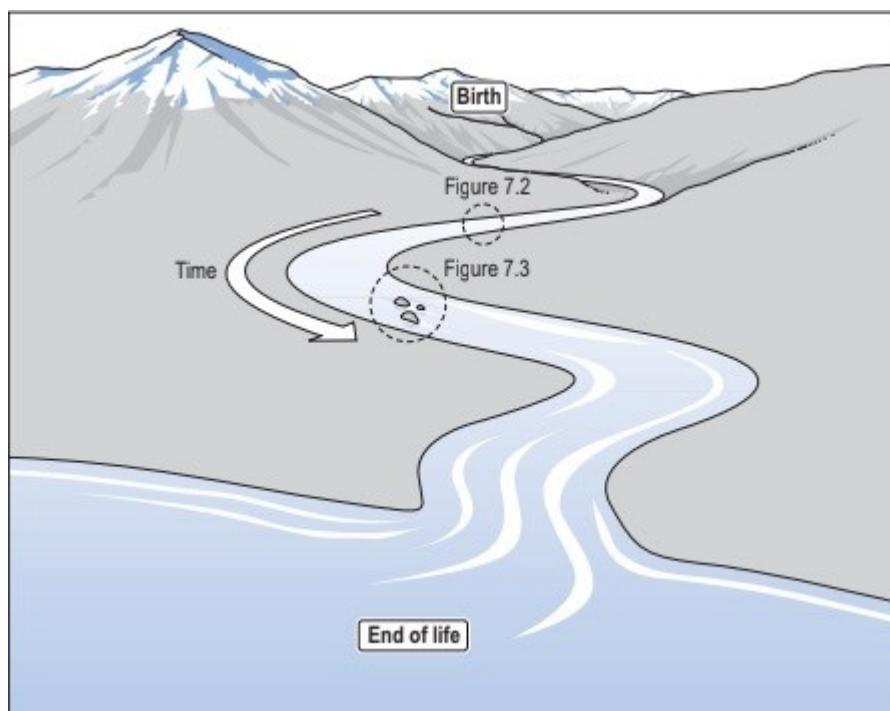
U klientů s kognitivní poruchou uvádí metodika jako jeden z možných problémů potíže s pochopením posuzovacích škál. V tomto případě metodika radí přizpůsobit či upravit bodování škály se zapojením kreativity. Dalším problémem mohou být obtíže s pamětí a pozorností. Metodika v tomto případě doporučuje provádět COPM v prostředí, které bude pro klienta minimálně rozptylující. V případě únavy či nepozornosti klienta pak navrhuje rozdělit rozhovor do více sezení (Law et al., 2008).

V článku Anity Stevens a jejích spoluautorů (2013), který pojednává o různých nástrojích pro stanovení cílů terapie, je uvedeno, že pro klienty s kognitivními či komunikačními problémy není COPM příliš vhodné. Pro tyto klienty je zde doporučen nástroj Talking Mats. COPM rovněž není doporučeno pro klienty v akutní fázi onemocnění.

Protože byl přístup zaměřený na člověka vytvořen především pro zdravotnictví v oblasti Severní Ameriky a Evropy, může se stát, že lidé z kulturně odlišných oblastí nebudou spokojeni s požadavkem na aktivní zapojení klienta během plánování léčby a následných terapií. Dle metodiky je však možné hodnocení přizpůsobit dané kultuře. Vždy záleží na schopnostech terapeuta a na jeho znalostech o vlivu kultury na postižení a na výkon zaměstnávání. Při administraci COPM je dobré dbát například na kulturní očekávání a představy o terapii, na role daného klienta ve společnosti, na povinnosti a úkoly v rámci rodiny či schopnost určovat své cíle (Law et al., 2008).

1.3.2. Kawa model

Kawa model představuje terapeutickou metodu, která může být využita jako konceptuální model, referenční rámec i hodnotící nástroj. Byl vytvořen ergoterapeuty v Japonsku. Název je odvozen od japonského slova pro řeku „kawa“. Ústředním motivem je metafora řeky představující život jedince. Řeka teče z hor do údolí, a nakonec se vlévá do oceánu. Počátek řeky symbolizuje narození. Místo, kde se řeka vlévá do oceánu, pak představuje konec života. Kawa model bere v úvahu klientovu minulost, přítomnost i budoucnost. Charakter řeky se může v jednotlivých úsecích lišit, tak jako se liší jednotlivé etapy života každého z nás. Ergoterapeut pomáhá klientovi odstranit překážky blokující proud řeky a co nejvíce tak obnovit její tok (The Kawa Model, 2015).



Obr. č. 1.3. Život je jako řeka, která plyne od narození do konce života. (Iwama, 2006)

Kulturní odlišnosti od západních modelů

Jak jsem se již zmínila, tento model byl vytvořen japonskými ergoterapeuty. Důvodem pro jeho vznik byla potřeba vytvořit model, který by více odpovídal východní kultuře a východnímu smýšlení. V rámci západních konceptuálních modelů, jako je například CMOP (Canadian Model of Occupational Performance) či MOHO (Model of Human Occupation), je jedinec vždy jejich ústředním prvkem. Tím se zásadně liší od východního pojetí osobnosti, kdy je jedinec tvořen kombinací několika komponent a je vnímán jako nedílná součást přírody (Iwama, 2006).

V souladu s touto filozofií se klade důraz na hledání způsobu, jak žít v harmonii s přírodou a životními okolnostmi. Protože vše, co se týče přírody a specificky i lidí, je propojené. Určitá disabilita je vnímána jako „kolektivní zkušenost“, ne jako záležitost jednotlivce (Iwama, 2006).

1.3.2.1. Koncepty Kawa modelu

Řeka symbolizující průběh klientova života může vznikat spojením několika menších proudů a postupně nabývat na síle, měnit rychlost a klikatit se okolo různých struktur. Může také vyschnout, nebo být přehrazena činností přírody či člověka. Proud řeky může být ovlivněn různými strukturami, které se v ní nacházejí. Mezi tyto struktury patří kameny, stěny a dno koryta řeky a dříví (Iwama, 2006).

Voda (Mizu)

Voda reprezentuje životní energii jedince. Proud vody může mít různé vlastnosti. Může být například čistý, neporušený, silný nebo znovuobnovený. Proud vody je ovlivněn okolními strukturami, stejně jako je život člověka ovlivněn okolními lidmi a životními okolnostmi. Tyto struktury tvoří kontext řeky. Z pohledu Kawa modelu koresponduje zdravotní stav s proudem řeky. Pokud proud řeky, jakožto životní energie, slábne, je narušen klientův zdravotní stav a klient se nachází ve stavu disharmonie. Cílem ergoterapeuta a celkově všech součástí rehabilitace v tomto kontextu je obnovit tok řeky klienta (Iwama, 2009).

Koryto řeky (Torimaki): stěny řeky (Kawa no soku-heki) a dno řeky (Kawa no zoko)

Koryto řeky představuje sociální a fyzický kontext jedince, který se podílí na utváření jeho osobnosti, vnímání sebe samého a dává význam jeho budoucímu jednání. Aspekty sociálního a fyzického prostředí mohou pozitivně i negativně ovlivnit proud klientovy řeky. V rámci sociálního prostředí může koryto řeky reprezentovat blízké osoby z řad rodiny, spolupracovníků, kamarádů, spolužáků a dalších. Harmonické vztahy s těmito osobami mohou zvětšit tok životní energie, který může odstranit překážky v proudu nebo dokonce vytvořit nový prostor, kudy může řeka proudit (Iwama, 2009).

Fyzický kontext může zahrnovat domov, práci, přírodní i uměle vytvořené životní prostředí a s tím spojené překážky omezující soběstačnost klienta. Pro klienta, který se pohybuje na mechanickém vozíku, může být například důležité, aby v domě, kde bydlí, byl výtah. Pokud v domě výtah není, klient se nemůže sám dostat do svého bytu. V tomto případě má interakce jedince s prostředím negativní dopad na jedince. Snížený tok řeky způsobuje, že se různé překážky (kameny a dříví) do sebe zaklesávají, snadněji se usazují na dně řeky a omezují tak průtok vody jejím korytem (Iwama, 2009).

Kameny (Iwa)

Kameny představují životní okolnosti, jež klient vnímá jako problematické. Tyto kameny se zasekávají o dno a stěny řeky a tvoří překážku pro tok životního proudu. Jejich vlastnosti se liší v závislosti na tom, jaký problém představují. Každý kámen má odlišnou velikost, hustotu, tvar, barvu a strukturu. Kameny mohly být v řece klienta přítomny již od narození, nebo se objevily v důsledku vzniku nemoci či úrazu. Problémy klienta způsobené disabilitou jsou omezující ve chvíli, kdy klient v důsledku těchto problémů čelí překážkám spojeným s prostředím (viz příklad s klientem na mechanickém vozíku uvedený v předchozím odstavci). Na druhou stranu prostředí bez bariér může zmenšit míru disability daného jedince (Iwama, 2009).

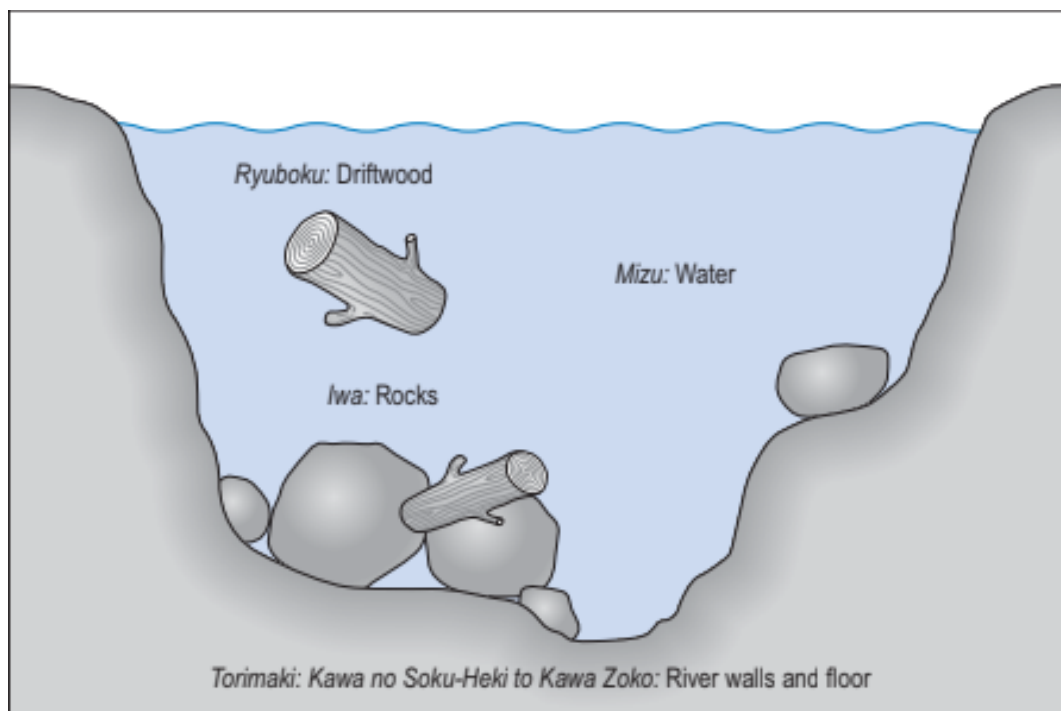
Dříví (Ryuboku)

Dříví symbolizuje vlastnosti a zdroje jedince, kterými mohou být: hodnoty (např. poctivost), charakter (např. optimismus), osobnost (např. výjimečný), vědomosti a zkušenosti (např. akademický titul), odborné dovednosti (např. mluvení na veřejnosti), majetek. Tyto položky mohou ovlivnit životní proud jak pozitivně, tak i negativně. V některých případech nemusí dříví znamenat závažný problém. Zvláště v situaci, kdy se dříví zaklíní mezi kameny, však může také tvořit překážku. Na druhou stranu se může stát, že dříví danou překážku uvolní. Příkladem může být obdržení finančního daru pro zakoupení asistivní technologie, která klientovi umožní překonat některé jeho problémy (Iwama, 2009).

Prostor mezi překážkami (Sukima): možnost ergoterapeutické intervence

Prostory mezi překážkami jsou pro ergoterapeutickou intervenci velmi důležité, protože představují místa, kudy životní energie stále proudí. Voda protékající těmito prostory může časem rozbořit kameny a rozšířit koryto řeky. Terapie by však neměla být založena pouze na řešení problémů klienta (tzn. soustředění se na kameny), ale na holistickém pojetí klientových obtíží a vnímání v kontextu každodenního života. Málokdy se objevuje jedna životní událost ojediněle, proto platí, že pokud změníme jeden aspekt klientovy řeky, změní se i ostatní aspekty.

V pohledu na zaměstnávání je zohledněn jeho význam pro jedince a pro komunitu, do níž jedinec patří, a ne pouze jednotlivé komponenty činnosti, jak je tomu u biomechanického přístupu (Iwama, 2009).



Obr. č. 1.4. Průřezový pohled Kawa modelu zobrazující komponenty řeky (Iwama, 2006)

1.3.2.2. Aplikace Kawa modelu

Před aplikací modelu je třeba si uvědomit, že Kawa model vznikl v kontextu japonské kultury a není tedy univerzální pro klienty po celém světě. V případě potřeby je však možné aplikaci nástroje upravit dle místní kultury. Není jediná správná cesta, jak model používat. Podmínkou správné aplikace je, aby byla prostřednictvím modelu znázorněna životní situace jedince ve správném kontextu a v určitém čase (Iwama, 2006).

Postup aplikace Kawa modelu navržený Michaellem Iwamou je rozdělen do šesti kroků (Iwama, 2006).

1. krok: Kreslení řeky

V prvním kroku poprosíme klienta, aby nakreslil obrázek řeky, který bude vyjadřovat jeho aktuální stav a životní okolnosti. Do schématu průřezu řeky doplňuje klient pod vedením ergoterapeuta jednotlivé komponenty dle jejich významu. Tato fáze napomáhá k rozvinutí dialogu mezi klientem a terapeutem a k pochopení klientovy nynější situace z jeho vlastního pohledu. Do schématu se tedy nepromítá pohled na situaci klienta ze strany terapeuta.

Pro více racionálně orientované ergoterapeuty pocházející ze západního kulturního prostředí může být lépe využitelné pomocí Kawa modelu znázornit klientovu životní situaci

v minulosti, přítomnosti a budoucnosti s následnou diskuzí ke každému diagramu (Iwama, 2006).

2. krok: Vyjasnění kontextu

Po seznámení s různými životními okolnostmi a s životní situací klienta je důležité, aby v následujícím kroku terapeut vedl s klientem diskuzi vedoucí k pochopení významu, důležitosti, umístění každé komponenty a jejich vzájemného vztahu (Iwama, 2006). Pro vedení rozhovoru můžeme použít různé návodné otázky. Příklady otázek k jednotlivým komponentám jsou zmíněny v manuálu pro Kawa model autorů Michaela Iwamy a Teoha Jou Yina, který je k dispozici ke stažení zdarma (Jou Yin a Iwama, 2015). Pokud bude terapeut s klientem například rozebírat jednotlivé kameny, může se klienta třeba ptát na to, proč jsou kameny tak velké nebo proč leží zrovna na tomto místě. Klient má v průběhu rozhovoru možnost doplňovat a upravovat informace o charakteru jednotlivých komponent. V návaznosti na pochopení situace by měl terapeut s klientem projednat i návrhy možných řešení problémových oblastí. Vyjasněním kontextu se mezi terapeutem a klientem vytváří určitá úroveň důvěry a kooperace potřebná pro budoucí proces (Iwama, 2006).

3. krok: Určení prioritních oblastí z pohledu klienta

Mezi komponentami umístěnými v řece se nachází prostory, kudy řeka stále proudí. Tyto prostory symbolizují potenciál pro zlepšení klientova stavu a tím i možnost terapeutické intervence. Úkolem terapeuta ve spolupráci s klientem je tyto prostory lokalizovat a identifikovat a zároveň najít místa, kde by se mohly vytvořit nové prostory vymletím koryta nebo rozbitím kamenů (Iwama, 2006).

4. krok: Určení klíčových bodů ergoterapeutické intervence

Po identifikaci potencionálních oblastí pro intervenci přichází na řadu hodnocení jejich důležitosti. Klient sám určuje prioritní problémové oblasti a stanovuje tak cíle intervence. Jedná se o cíle definované klientem, které pro jejich realizaci vyžadují aktivní účast klienta (Iwama, 2006).

5. krok: Intervence

V rámci metaforu řeky by se intervence měla zaměřit na tlak proudu vody představující zbylé dovednosti a schopnosti klienta a na obnovení kanálů, kudy může voda téct. Zlepšení klientovy situace lze dosáhnout rozšířením koryta řeky, zničením či odstraněním kamenů (Iwama, 2006).

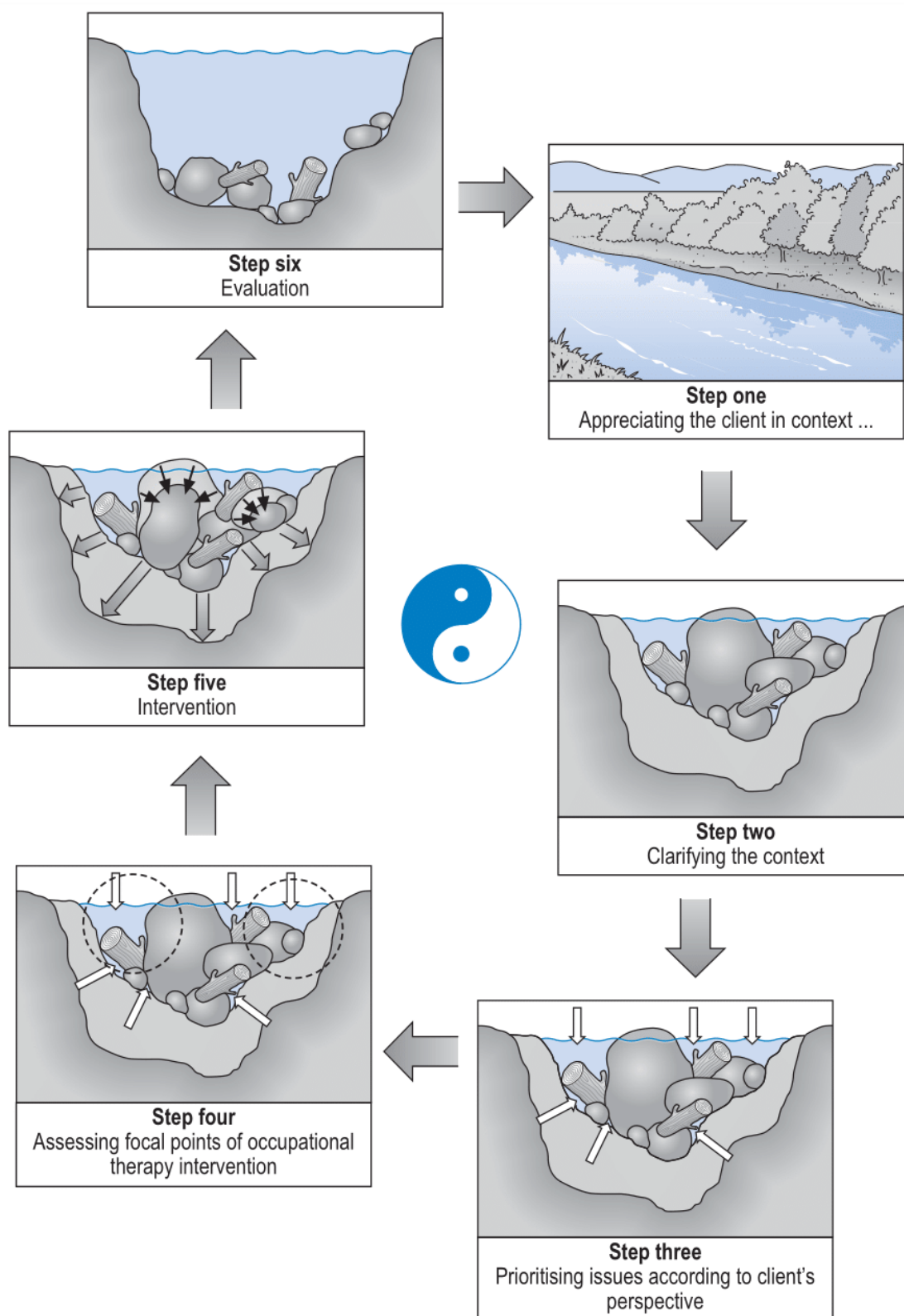
Pro stanovení plánu terapie je důležité si uvědomit, že jeden problém může být propojen s dalšími různými komponentami. Pro ilustraci lze uvést příklad muže, který by rád popíjel pivo se svými kamarády při sledování televize v hospodě. Účasti na této činnosti klientovi brání snížená tolerance stoje (= kámen), snížené sebevědomí a sebehodnocení (= dříví), nemožnost využití pomůcky usnadňující klientovi jeho situaci (= stěna řeky) a obavy hyperprotektivní manželky (= dno řeky). V tomto případě by se terapie měla zaměřit na všechny součásti problému, aby byl dosažen vytčený cíl a klient mohl opět vykonávat svou oblíbenou činnost (Iwama, 2006).

Jak jsem se již zmínila v předchozí kapitole o jednotlivých komponentách řeky, změna v jedné oblasti se nikdy neděje izolovaně, ale ovlivňuje ostatní součásti celku. Klient tedy může ve spolupráci s ergoterapeutem prostřednictvím jedné aktivity ovlivnit více různých problémů (Iwama, 2006).

6. krok: Zhodnocení

Závěrečné hodnocení provádí sám klient ze svého vlastního pohledu stejně jako při vstupním hodnocení. Evaluace se provádí na základě porovnání schématu řeky znázorňujícího životní situaci klienta před intervencí a po uplynutí určité doby, kdy probíhala intervence (Iwama, 2006).

U většiny klientů lze z porovnání obou schémat zaznamenat zlepšení životní situace, avšak ne vždy se podaří odstranit všechny překážky. V některých případech nemusí problémy zcela vymizet, ale může nastat změna k lepšímu (Iwama, 2006).



Obr. č. 1.5. Doporučený postup použití Kawa modelu v praxi (Iwama, 2006)

1.3.2.3. Využití Kawa modelu v praxi

Ačkoliv Kawa model vznikl v prostředí východní kultury, dle závěrů bakalářské práce Terezy Kulhánkové (2013), která se zabývala tématem využití Kawa modelu v ergoterapii, je tento model aplikovatelný i u českých klientů. Při aplikaci modelu je důležité, aby terapeut zvládl kvalitně vést rozhovor. Vedení rozhovoru může být pro terapeuta velice náročné, protože vyžaduje pozornost, empatii, schopnost porozumění a interpretace sdělených informací. Autorka ve své práci uvádí typy pro usnadnění vedení rozhovoru s českými klienty, jež lze v praxi využít.

Výhodou Kawa modelu je, že s jeho pomocí může terapeut zjistit problematické i posilující oblasti klientova života v kontextu prostředí. Je také dobře přizpůsobitelný pro širokou škálu klientů. Při použití u osob se získaným poškozením mozku však musí klient splňovat podmínku dobrého stavu kognitivních funkcí z důvodu nároků na schopnost pochopení instrukcí, abstraktní představy, sebereflexe a dobrých řečových schopností (Kulhánková, 2013).

Netradičnost modelu by mohla vést k domněnce, že nástroj není vhodný pro racionálně založené klienty. To však nemusí být vždy pravda. Jsou racionálně založení klienti, kterým nástroj vyhovuje, a naopak existují i kreativně a empaticky založení klienti, kterým nástroj vyhovovat nebude. Kromě povahového založení jedince ovlivňuje vhodnost také fáze a stav v rámci terapie. Pokud je pacient v dané fázi terapie spokojený se svou situací a nepocítuje přítomnost dosud neidentifikovaných problémů, je zbytečné tento nástroj používat. Na druhou stranu je vhodné tento nástroj využít ve chvíli, kdy se klient potřebuje zorientovat ve své životní situaci (Kulhánková, 2013).

Použitím Kawa modelu mohou být zjištěny problémy přesahující kompetence ergoterapeuta, proto je nutné, aby v zařízení, kde je model aplikován, dobře fungoval interprofesní tým (Kulhánková, 2013).

1.3.3. Plánování zaměřené na člověka (Person centred planning)

Plánování zaměřené na člověka (dále jen PZČ) je koncept, který poskytuje řadu nástrojů pro začlenění lidí s disabilitou do běžného života. Za průkopníka PZČ je považován John O'Brien. Hlavní myšlenkou konceptu je, že každý člověk může být pro svět něčím prospěšný a je tedy důležité v tomto směru daného jedince podpořit. V rámci PZČ se zohledňuje to, co je pro klienta důležité, jeho sny a představy o světě. Prostřednictvím konceptu je podporováno naslouchání danému člověku i jeho rodině a je brán v potaz význam hlasu člověka bez ohledu na charakter jeho disability. Významně jsou do plánování začlenění také lidé z okolí člověka (Rytmus, 2019).

Kořeny PZČ

Základem pro rozvoj PZČ byly události přispívající k transformaci sociálních služeb, jež se odehrály v 70. letech minulého století ve Spojených státech amerických. V roce 1969 vydal Wolf Wolfensberger publikaci *Původ a povaha našich institučních modelů*, v níž popsal možnosti odlišného nahlížení společnosti na lidi s mentální retardací skrze služby poskytované těmto lidem. Jednou z možností, jak nahlížet na lidi s postižením je jako na občany a rozvíjející se osobnosti, nebo jako na méněcenné lidi, přítěž pro dobročinné organizace, nedospívající děti a podobně. V další publikaci *Programová analýza systémů služeb (PASS)* se autor více zabýval přesnou definicí principu normalizace (O'Brien, 2000). Princip normalizace popsal Karl Grunewald následovně: „Základní myšlenkou je, že lidé s postižením mají mít přístup k životním podmínkám a každodenním činnostem, které se shodují s těmi, praktikovanými jejich vrstevníky v běžné populaci“ (Kocman, 2009, str. 56).

Během tzv. formativního období mezi lety 1972–1992 se v rámci PZČ rozvinulo přibližně jedenáct různých, většinou spolu souvisejících přístupů. Každý z nich má svou vlastní historii i zvláštní rysy. Všechny přístupy však měly za cíl podpořit lidi s disabilitou, nejčastěji s mentálním postižením, a chápat je jako užitečné členy komunity. Mezi rané přístupy patří Plánování 24 hodin nebo Plánování osobní budoucnosti. Po uplynutí formativního období vznikalo mnoho dalších přístupů, z nichž například Plánování základního životního stylu je stále často používané (Kocman, 2009).

1.3.3.1. Aplikace PZČ

Před začátkem plánování je důležité odpovědět si na otázku, zda jsou splněny následující body:

1. Chápu, proč je třeba takový plán vytvořit. Důvod k jeho vytvoření je přijatelný.
2. Jsem odhodlaný/á jednat dle svých poznatků.
3. Víím, jakým výzvám či problémům budu muset čelit.
4. Mám vytvořenou strategii, jak případným problémům čelit.
5. Mám vytvořená základní pravidla pro plánování.
6. Zním dostatečně dobře člověka, s kterým budu plánovat a jeho problémy.
7. Víím, jak vyhledávat příležitosti k budování vztahů a jak pomáhat člověku v jeho napojení na komunitu (Smull, 2000).

Pokud jsme přesvědčeni o tom, že je vhodné plánování provést, nejprve použitím různých nástrojů, které PZČ nabízí, zjistíme klientovy vloh, sny, obavy, možnosti a také možnou pomoc lidí z klientova okolí při naplňování akčních plánů. Ze zjištěných informací se vytvoří záznam a následně jsou realizovány naplánované kroky (Rytmus, 2019).

Michael W. Smull (2000) doporučuje následující strukturu plánu:

Administrativní část: V této části bychom se mimo jiné měli dozvědět, proč a kdy byl plán vytvořen, či je to plán a kdo se na jeho vytvoření podílel.

Část věnovaná člověku: Tato část by měla obsahovat informace o klientovi (co na něm mají lidé rádi a obdivují, pozitivní pověst) a o tom, co je pro něho důležité.

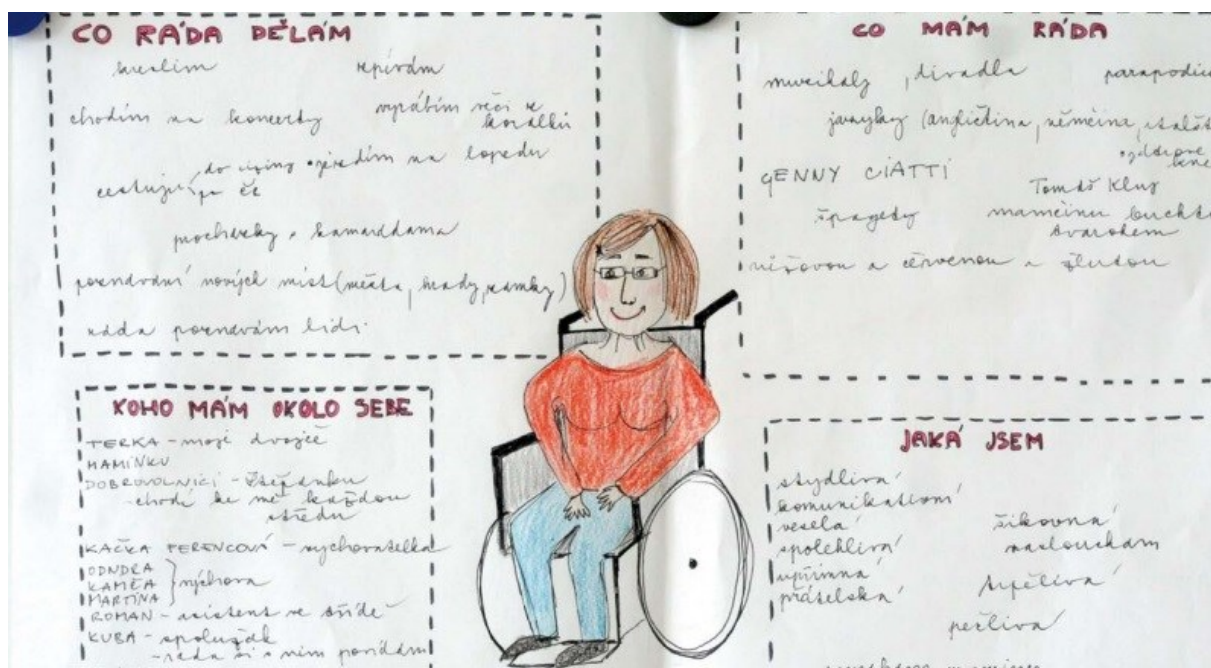
Část podpory: Zde by se měly objevit informace o tom, co by měli vědět nebo dělat ostatní, aby člověk dostal to, co je pro něj důležité a aby byl zdravý a v bezpečí. Obecná pravidla by měla být doplněna o konkrétní příklady. Objeví se zde i věci, které jsou důležité pro osoby pečující o daného člověka, i když pro něj samotného to důležité být nemusí.

Akční plán: Akční plán popisuje rozvržení úkolů, které je potřeba splnit pro dosažení určitého cíle. Jsou zde také údaje o tom, kdo daný úkol provede a do kdy (více viz dále).

Ve fázi, kdy je vytvořen plán, celý proces zdaleka nekončí. To, zda je šance, že se plán podaří uskutečnit, závisí také na klientově přístupu ke zdrojům a k pravidlům pro používání těchto zdrojů. Protože jsou zdroje konečné, musíme si stanovit priority v tom, co si přejeme.

V rámci PZČ existuje opravdu velké množství nástrojů, které nám umožní stanovit konečný akční plán a individuální cíle. V následujících odstavcích uvedu pouze ty, jež jsem použila v praktické části mé práce.

Cílem tohoto nástroje je srozumitelné pozitivní představení daného klienta. Do Profilu může klient zahrnout to, co je pro něj důležité, jakou podporu potřebuje, své silné stránky a podobně. Tento nástroj může pomoci při plánování nebo při psaní životopisu. Pro vypracování **Profilu na jednu stránku** můžeme využít **Kruh vztahů**, jehož prostřednictvím si klient uvědomí, kdo by mu mohl se sestavením profilu pomoci. Dále může být také užitečný nástroj **Co v mém životě funguje a co nefunguje**, v němž se objeví klientovy schopnosti a dovednosti (Anderlová a kol., 2014).



31

Kruh vztahů

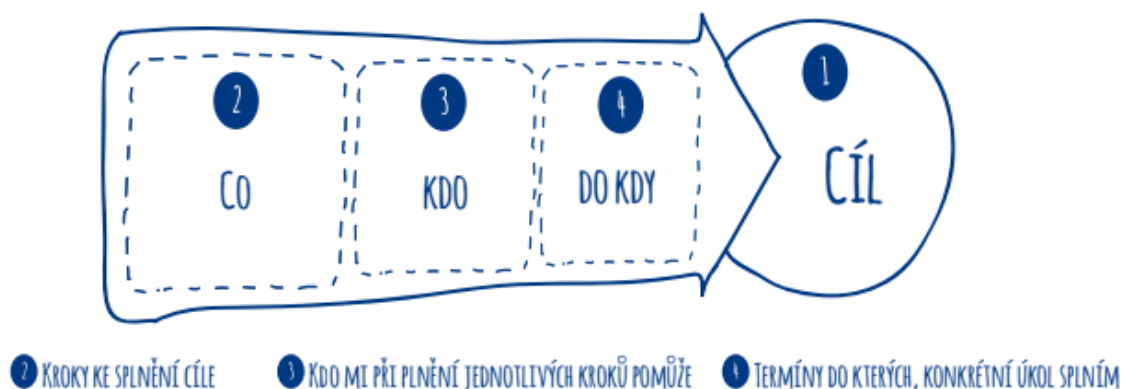
Kruh vztahů znázorňuje lidi, s nimiž klient udržuje určitý sociální kontakt. Slouží ke zmapování okruhu lidí, kteří mohou klientovi pomoci při naplňování jeho cílů. Tento nástroj využívá grafického znázornění, kdy se klient nachází ve prostřed schématu a okolo něho jsou soustředěny okruhy lidí podle toho, jak k nim má klient blízko. Nejblíže klientovi jsou osoby, které má klient ve svém životě nejraději. V dalším kruhu se nacházejí klientovi nejbližší kamarádi. Další kruh se týká lidí, s kterými má klient něco společného a v posledním kruhu jsou lidé, kterým klient platí za službu. Všechny kruhy by ideálně měly být zaplněny. Pokud zaplněny nejsou, může se začít pracovat na tom, aby se zaplnily (Anderlová a kol., 2014).



Obr. č. 1.7. Kruh vztahů (Anderlová a kol., 2014)

Akční plán

Tento nástroj slouží k plánování způsobu, jak dosáhnout jednotlivých cílů. V rámci **Akčního plánu** jsou u každého cíle určeny kroky vedoucí k jeho naplnění, kdo při nich bude klientovi pomáhat a termíny, do kterých budou splněny. Pro určení jednotlivých položek mohou pomoci různé další nástroje PZČ. Pro stanovení cílů může pomoci nástroj **Sny**. Informace pro identifikaci cílů můžeme zjistit z nástroje **Co je pro mě důležité** a zároveň tím také zjistíme, jaké pro klienta důležité věci musíme při plánování zohlednit. Pro zjištění, kdo může klientovi s jednotlivými kroky pomoci, může sloužit nástroj **Kruh vztahů** (Anderlová a kol., 2014).



Obr. č. 1.8. Schéma akčního plánu (Anderlová a kol., 2014)

1.3.3.2. Využití PZČ

PZČ je možné využít v sociálních službách, ve škole i pro zkvalitnění fungování týmů. Cílem použití konceptu v sociálních službách je začlenění člověka, nalezení přirozené podpory v komunitě a v zaměstnání se současnou snahou o snižování závislosti člověka na poskytovaných službách. Ve škole se tento koncept používá pro začlenění znevýhodněných dětí nebo dětí s postižením. Pro fungování týmů poskytuje PZČ různé facilitační nástroje využitelné pro řešení různých situací a problémů (Rytmus, 2019). Konkrétním příkladem využití PZČ je tranzitní program Asistence o.p.s., kde se tento koncept využívá u lidí s tělesným a kombinovaným postižením, kteří potřebují podpořit při přechodu ze školy do práce, samostatného bydlení nebo do komunity (Anderlová a kol., 2014).

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1. Cíle práce

Hlavním cílem této práce je porovnat tři vybrané nástroje pro stanovení cílů terapie, kterými jsou COPM, Kawa model a PZČ, v různých oblastech (například využitelnost, časová náročnost, silné a slabé stránky apod.) tak, aby toto porovnání následně mohlo sloužit ergoterapeutům v situaci, kdy se budou rozhodovat, jaký nástroj u daného klienta použít. Současně by také práce měla poskytnout doporučený postup a upozornění, na co u jednotlivých nástrojů dbát. Výstupy této práce mohou sloužit jako zdroj informací pro ergoterapeuty, kteří se rozhodnou využít některý ze zkoumaných nástrojů. Pro zjištění základních informací a srovnání nástrojů je pro každý nástroj vytvořen základní přehled i s odkazy pro bližší informace (viz příloha č. 5, 10, 14).

Jedním z dílčích cílů práce je představit jednotlivé nástroje a zmapovat průběh jejich aplikace u klientů dle doporučeného postupu.

Druhým dílčím cílem je zjistit vhodnost využití nástrojů u klientů s různými následky získaného poškození mozku, s důrazem na možnost využití u osob s afázií.

Jako výzkumné otázky jsem zvolila následující:

- U jakých klientů po získaném poškození mozku lze dané nástroje použít?
- Dají se nástroje upravit a použít u klientů s afázií?
- Jaké jsou silné a slabé stránky vybraných nástrojů?

2.2. Metodologie

K získání dat pro praktickou část této práce jsem využila metody kvalitativního výzkumu. Jednou z těchto metod je pozorování. Vzhledem k tomu, že jsem chtěla nástroje zhodnotit z pohledu terapeuta, využila jsem hlavně pozorování introspektivní (Miovský, 2006). Pozornost jsem věnovala především tomu, jak náročné je aplikovat nastudované postupy pro stanovení cílů u jednotlivých nástrojů v praxi, modifikovat nástroje a následně s nimi pracovat u afatických klientů a vést rozhovor na základě zjištěných poznatků. Pro vedení celé intervence jsem také musela vycházet z extrospektivního pozorování (Miovský, 2006), u kterého jsem se zaměřovala na verbální i nonverbální (výraz v obličeji, spolupráce, chování, oční kontakt apod.) reakce klienta. Z tohoto druhu pozorování jsem měla možnost zjistit, jak klient reaguje na daný nástroj, na probírané problémy i na způsob vedení rozhovoru mou

osobou. Druhou metodou byl semistrukturovaný rozhovor (Miovský, 2006). Určitou strukturu poskytoval rámec každého nástroje, rozhovor se však dále odvíjel od obtíží zjištěných jeho použitím.

Součástí mého šetření byl také dotazník, jenž patří do kvantitativních metod sběru dat. Dotazník měl pět otázek, z nichž jedna byla škálová, zbylé otázky byly otevřené (Bhat, 2019). Kvantitativní výzkum můžeme definovat jako systematické zkoumání jevů uskutečňované shromažďováním kvantifikovatelných dat a prováděním statistických, matematických nebo výpočetních technik (Bhat, 2019). V mé práci však dotazník neslouží k účelu statistické analýzy nasbíraných dat, ale spíše jako zpětná vazba od jednotlivých respondentů.

Respondenty pro výzkumný soubor jsem vybírala pomocí kvótového záměrného výběru (Miovský, 2006). Kritériem pro všechny zúčastněné bylo, že vybraní respondenti museli být lidé se získaným poškozením mozku, kteří využívají, nebo v nedávné době využívali služeb centra ERGO Aktiv. Jednu podskupinu tvořili tři klienti bez afázie. Druhou podskupinu tvořili tři klienti s typem afázie, u níž je alespoň částečně zachováno porozumění a zároveň se klient dokáže vyjádřit minimálně pomocí jednotlivých slov a případně i pomocí kreslení, psaní, gest nebo za pomoci obrázků. Pro potřeby šetření jsem následně kombinací těchto dvou podskupin utvořila tři dvojice. V každé dvojici byl jeden klient bez afázie a druhý klient s afázií. Dvojici jsem vždy přidělila jeden nástroj, který jsem poté s každým zvlášť vyzkoušela. Afatické klienty jsem si vybrala, protože jsem chtěla zjistit, jakým způsobem se dá u těchto klientů s nástroji pracovat a zda je lze pro tyto účely modifikovat. Navíc použití těchto nástrojů u osob s poruchou komunikace je téma, u něhož se v odborné literatuře názory na použití jednotlivých nástrojů občas výrazně rozcházejí. Pro výběr respondentů jsem pak již nevolila žádná další kritéria, protože hlavním cílem bylo porovnat nástroje v jednotlivých oblastech z pohledu terapeuta.

Z etických důvodů jsem všem klientům vysvětlila, že veškerá nasbíraná data budou sloužit jen pro účely mé bakalářské práce, v níž budou uvedena anonymně. Všichni klienti rovněž podepsali informovaný souhlas. Výstupy z jednotlivých sezení jsem neoznačovala jmény klientů, aby nedošlo k případnému porušení podmínek, za kterých byly souhlasy podepsány. V praktické části této práce používám pro všechny respondenty výhradně označení klient, protože toto označení používají v zařízení, kde praktická část probíhala.

2.2.1. Výběr nástrojů

Nástroje pro tuto práci byly vybrány zařízením, jež toto téma vypsal. COPM i PZČ jsou nástroje, které se v ERGO Aktivu běžně využívají. Důvodem pro výběr Kawa modelu bylo, že ergoterapeuti v tomto zařízení zvažovali jeho využití ve své praxi. Téma práce pak bylo vypsáno za účelem porovnání všech tří nástrojů.

Já jsem si toto téma vybrala, protože si myslím, že stanovení cílů je velice důležitou fází terapie. Zároveň mě také zaujal výběr nástrojů.

2.2.2. Cílová skupina, místo sběru dat

Cílovou skupinou pro tuto bakalářskou práci byli lidé se získaným poškozením mozku, kteří využívají, nebo v nedávné době využívali služeb centra ERGO Aktiv. U poloviny vybraných respondentů pak musel být přítomen takový typ afázie, u níž je alespoň částečně zachováno porozumění a zároveň se klient dokáže vyjádřit minimálně pomocí jednotlivých slov a případně i pomocí kreslení, psaní, gest nebo za pomoci obrázků. Polovina respondentů pak byla tvořena klienty bez afázie.

Šetření probíhalo v období od ledna do dubna 2019 v ERGO Aktivu, centru neurorehabilitace pro lidi se získaným poškozením mozku. S výjimkou jedné klientky, s kterou jsem cíle stanovila v době, kdy docházela do denního stacionáře na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN.

2.2.3. Praktický průběh realizace

Před stanovením konkrétní podoby průběhu praktické části bakalářské práce vzniklo hned několik verzí, jak by mohla praktická část probíhat. V první verzi jsem chtěla pracovat se 3-4 klienty a u každého provést stanovení cílů postupně s každým z vybraných nástrojů. Důvodem pro provedení této verze byl fakt, že žádní dva lidé nejsou stejní a ani následky ZPM se neprojevují u žádných dvou lidí zcela totožně. Pokud bych tedy každý nástroj použila u jiného klienta, nemohla bych porovnávat práci s nástroji z pohledu klienta za stejných podmínek. Limitem pro tuto verzi byl však předpoklad, že výsledky budou ovlivněny pořadím, ve kterém budou nástroje vyzkoušeny a také možná neochota klienta vyzkoušet všechny nástroje i jeho unavitelnost.

V další verzi jsem chtěla předejít rizikům, jež přicházela v úvahu u předchozí verze. V plánu bylo vyzkoušet každý nástroj u cca 3-4 respondentů lišících se v předem stanovených kritériích (například věk, pohlaví, stádium onemocnění apod.). Složení klientů by bylo u skupiny pro každý nástroj stejné dle stanovených kritérií. Překážkami v této verzi byl nedostatek času, možný nedostatek klientů z hlediska daných kritérií a limity v možnosti porovnávání jedinců.

Pro konečnou verzi jsem tedy zvolila postup, při kterém byli vybráni vždy dva klienti pro každý nástroj – jeden klient s afázií, druhý bez afázie. Vzhledem k obtížím, jež se mohly vyskytnout při porovnávání efektu jednotlivých nástrojů na klienty, jsem se nakonec rozhodla nástroje porovnávat z pohledu terapeuta. Zaměřila jsem se tedy více na využitelnost nástrojů z pohledu terapeuta a na problémy, s nimiž se musí při použití nástrojů potýkat. Každé sezení probíhalo v klidné místnosti bez rušivých elementů. Klienta jsem vždy nejdříve informovala o účelu celého šetření a o průběhu sezení. Poté jsme společně s klientem podle daného nástroje stanovili oblasti jeho obtíží, na které jsem navázala rozhovor, abych se dozvěděla více podrobností k jednotlivým problémovým oblastem. Po celou dobu jsem používala introspektivní i extrospektivní pozorování, abych na základě informací zjištěných pozorováním mohla řídit rozhovor a zároveň si utvářet názor na daný nástroj. Na konci rozhovoru jsem se každého klienta zeptala na otázky z vytvořeného dotazníku, abych se dozvěděla více o jeho zkušenostech se stanovením cílů a dostala zároveň zpětnou vazbu na to, jak se mu s nástrojem pracovalo. Po 2,5 měsících od stanovení cílů jsem pomocí semistrukturovaného rozhovoru s ergoterapeutkou, která měla s klientem terapie, zjistila, jak terapie probíhaly, jakým cílům se terapie věnovaly a zda se cíle podařilo naplnit. Při rozhovoru byly rozebírány jednotlivé cíle, ale také chování a spolupráce klienta při terapiích. V příloze číslo 1 je pak pro každého klienta vytvořena tabulka s porovnáním problematických oblastí stanovených s mou pomocí a problematických oblastí, kterým se nakonec terapie věnovala.

V praktické části práce nejsou zmíněny konkrétní SMART cíle, ale pouze problematické oblasti, na jejichž základě se individuální cíle stanovují. Důvodem je, že se zabývám prací s danými nástroji a porovnáním informací zjištěných mnou a ergoterapeuty, kteří s klienty pracují. Ale již se nezaměřuji na to, jak byly tyto informace zohledněny při stanovení SMART cílů. Navíc v zařízení, kde probíhala praktická část této práce, se vždy s klientem určí pomocí nástroje pouze problematické oblasti. Přesná definice SMART cílů je již na ergoterapeutovi.

2.3. Použití jednotlivých nástrojů pro stanovení individuálních cílů

2.3.1. Stanovení cílů pomocí COPM

2.3.1.1. Kazuistika č. 1

Klient, 56 let, žije s manželkou a synem, vystudoval vysokou školu ekonomickou a pracoval jako auditor, nyní je na nemocenské. V době našeho setkání byl 8 měsíců po ischemické cévní mozkové příhodě. Obrazem jeho diagnózy je levostranná hemiparéza s typickým Wernicke-Mannovým držením končetin, neglect syndrom, levostranná porucha povrchového i hlubokého čítí, paréza nervus facialis, v oblasti kognitivních funkcí porucha krátkodobé i dlouhodobé paměti a problém s náhledem na vlastní situaci. Subjektivně vnímá jako největší problém oblast funkční mobility, naopak navzdory výrazným potížím s krátkodobou i dlouhodobou pamětí nevnímá oblast kognitivních funkcí jako důležitou a problémovou.

Průběh stanovení cílů

Stanovení cílů probíhalo dle postupu popsaného v metodice COPM. Pro zaznamenání vybraných problematických oblastí a jejich hodnocení jsem použila formulář z metodiky COPM od Mary Law a jejích spoluautorů, který je používán v centru ERGO Aktiv. Již při dotazu na popis běžného dne se vyskytl problém, protože klient nedokázal popsat svůj běžný den tak, aby bylo možné identifikovat konkrétní problémy. Začala jsem se tedy doptávat na možné problémy při činnostech zmiňovaných klientem při popisu běžného dne, ale tento způsob se ukázal velmi zdlouhavý a nepřehledný. Proto jsem nakonec zvolila postup, při kterém jsem se klienta systematicky ptala na činnosti z oblasti soběstačnosti, produktivity, volného času a možné problémy v těchto oblastech. Při hodnocení důležitosti klient hodnotil jako nejvíce důležité problémy týkající se mobility, například chůze po rovině a do schodů, vstávání ze židle, lehání a vstávání ze země. I přes přítomnost poruchy kognitivních funkcí se klient touto oblastí v terapiích nechtěl vůbec zabývat.

Pomocí COPM byly nakonec stanoveny tyto problémové oblasti, kterým by se měla terapie věnovat:

- 1) chůze (rovina, schody)
- 2) vstávání ze židle / ze země
- 3) nošení věcí (jídla apod.)
- 4) péče o sebe (oblékání, stříhání nehtů, ...)
- 5) práce na počítači

Nejdůležitějším cílem byl pro klienta trénink chůze po rovině i po schodech. S nácvikem chůze souvisel další stanovený cíl z oblasti funkční mobility, kterým byl trénink vstávání ze židle. Aby zbyl v terapii prostor pro další cíle, dohodla jsem se s klientem, že další činnosti z této oblasti již do plánu začleňovat nebudeme. Pro větší samostatnost v rámci denního stacionáře i doma, chtěl klient do terapií začlenit nácvik nošení věcí (například jídla) při chůzi o holi. Z oblasti péče o sebe klient uvedl hned několik problematických činností ohodnocených jako velmi důležité. Jednotlivé činnosti byly však tak podrobné, že byly všechny shrnuty do jednoho cíle. Konkrétně se jednalo o nácvik vytáhnutí kalhot při použití toalety, trénink oblékání trika s dlouhým rukávem, trénink zapínání a oblékání bundy a trénink stříhání nehtů. Protože klient dříve hodně pracoval na počítači, přál si také trénovat ovládání počítače s pomocí obou horních končetin.

Zhodnocení práce s klientem

Ačkoliv klient vypadal zpočátku vyrovnaně, poté co se začalo mluvit o jeho problémech, projevila se u něho úzkost zřejmá z jeho chování a komunikace. Klient byl zamlklý, na mé dotazy odpovídal velice stručně a téměř neudržoval oční kontakt. Z jeho chování a verbálního projevu bylo rovněž možné si odvodit, že klient o svých problémech hodně přemýšlí, ale je pro něho obtížné si připustit, že některé věci nebudou jako dříve. Z těchto důvodů bylo těžší s klientem vést rozhovor a dozvědět se potřebné informace. I přes popsání potíže při stanovení cílů v závěrečném dotazníku hodnotil klient jeho průběh vesměs pozitivně. Zároveň také uvedl, že je sice dobré, že se může podílet na stanovení cílů, ale potřebuje, aby ho někdo korigoval v tendenci stanovit si přehnané cíle, což se potvrdilo i při stanovení cílů pomocí COPM.

Při pozdějším rozhovoru s ergoterapeutkou, která s klientem pracovala, jsem zjistila zajímavou skutečnost ohledně práce se COPM u tohoto klienta. Ergoterapeutka totiž u klienta provedla výstupní hodnocení o den dříve než já (v tabulce označeno jako hodnocení 1). Při porovnání výsledků se některé hodnoty výrazně lišily. Pro porovnání uvádím tyto hodnoty v tabulce níže. Z tohoto rozdílného hodnocení můžeme usuzovat, že klient zřejmě nemá patřičný náhled na to, jak dobře činnosti provádí a je pro něj i obtížné jednoznačně určit, jak je s výkonem činnosti spokojen.

	HODNOCENÍ 1		HODNOCENÍ 2	
	Výkon	Spokojenost	Výkon	Spokojenost
Péče o sebe (oblékání, stříhání nehtů, ...)	5	7	9	6
Nošení věcí (jídlo, ...)	8	8	8	3
Chůze (po rovině, po schodech)	8	2	4	2
Vstávání ze židle / ze země	5	2	3	1
Práce na PC	8	8	1	1

Tab. č. 2.1. Srovnání reevaluací COPM u klienta č. 1 (autor práce)

Práce s klientem při terapiích

Stanovené cíle se od těch, kterým se terapie nakonec věnovala, příliš nelišily. Terapie se soustředila na všechny cíle kromě práce na počítači. V rámci péče o sebe ergoterapeutka s klientem prováděla trénink oblékání problematických kusů oblečení. Nácvikem se zároveň snažila ovlivnit přítomný neglect syndrom.

Nácvik nošení věcí probíhal především za tím účelem, aby byl klient schopen si přenést ohřáté jídlo ke stolu nebo si přenést osobní věci potřebné pro terapii (např. lahev s pitím apod.).

Samostatné provádění této činnosti tedy bylo poté začleněno v rámci denního stacionáře i mimo rámec jednotlivých terapií.

Pro nácvik chůze bylo v první řadě důležité naučit klienta správně vstávat ze židle. V tomto bodě se klient hodně zlepšil, ale kvůli obtížím v oblasti kognitivních funkcí pro něj bylo obtížné zapamatovat si postup, jak činnost provést. Musel si ji tedy vštípit neustálým opakováním, a i nyní má občas problém vzpomenout si, jak činnost začít. Dále s klientem ergoterapeutka nebo fyzioterapeutka prováděla protahovací cvičení na dolní končetinu, jež měl klient doporučené ze spastické poradny. Při tréninku samotné chůze se terapie zaměřila především na zvýšení rychlosti chůze. Pro monitorování zlepšení a zároveň motivaci klienta ergoterapeutka vždy po určitém časovém odstupu několika dní změřila dobu, za jakou klient ušel stanovenou trasu. Změřené hodnoty pak zaznamenávala do grafu, který znázorňoval klientovo zlepšení v rychlosti chůze.

Obtíže při práci s klientem spočívaly především v tom, že klient měl často tendenci být zbrklý a být se vším rychle hotov. Problémem byl rovněž klientův deficit v oblasti kognitivních funkcí, kvůli kterému mu musely být jednotlivé postupy několikrát opakovány, než se naučil podle nich řídit.

Závěr

U klienta jsou znatelné psychické potíže způsobené následky onemocnění, které klienta omezují v běžném životě. Jeho psychické ladění pak ovlivnilo i průběh stanovení cílů. Z jeho rozdílného hodnocení lze navíc usuzovat na narušený náhled klienta na své obtíže. Terapie se věnovala všem stanoveným cílům kromě práce na počítači. V průběhu docházení do denního stacionáře se objevily ještě dva nové cíle – dojet sám tramvají do ERGO Aktivu a zkusit plavání.

2.3.1.2. Kazuistika č. 2

Klient, 67 let, žije s manželkou, vystudoval vysokou školu a pracoval jako manažer, nyní je ve starobním důchodu. V době našeho setkání byl necelé 3 roky po ischemické cévní mozkové příhodě. Obrazem jeho diagnózy je pravostranná hemiparéza s hypestezií pro povrchové cití a Brocova afázie s verbální apraxií. Subjektivně vnímá jako největší problém právě řeč.

Průběh stanovení cílů

Protože měl klient lehčí formu afázie než klienti s kazuistikou číslo 4 a 6, u které nebylo narušeno porozumění, rozhovor s ním probíhal bez pomoci obrázků a jiných pomůcek. Postup stanovení cílů byl tedy stejný jako u klienta z předešlé kazuistiky. Kvůli občasným problémům v expresivní složce řeči a její omezené plynulosti jsem však po klientovi nevyžadovala popis běžného dne, jelikož by to pro mě i pro něho mohlo být velmi náročné. Ptala jsem se tedy rovnou na obtíže u jednotlivých činností v oblasti soběstačnosti, produktivity a volného času s využitím seznamu zaměstnávání uvedeném v metodice COPM.

Pomocí COPM byly nakonec stanoveny pouze tři problémové oblasti, kterým by se měla terapie věnovat:

- 1) zlepšení řeči
- 2) trénink psaní složitých slov (e-mail, ...)
- 3) zlepšení soběstačnosti v oblékání (trénink zapínání zipů a knoflíků)

Jako nejdůležitější cíle zvolil klient ty, jež měly spojitost s afázií. Jedním z nich bylo zlepšení slovního projevu na takovou úroveň, aby byl schopný vést debaty s přáteli a rodinou. Také chtěl zlepšit psaný projev, například v rámci psaní e-mailů či textových zpráv. Dalším cílem bylo zlepšení soběstačnosti v oblékání, aby si zvládl sám zapnout zipy a knoflíky. Ostatním cílům ohodnoceným nižší hodnotou (například mazání a krájení chleba) se klient věnovat nechtěl.

Zhodnocení práce s klientem

Po celou dobu klient spolupracoval velmi dobře, bylo na něm však znát, že se se svou životní situací obtížně vyrovnává. Jediný problém při stanovení cílů představovaly občasné obtíže v komunikaci. Řeč klienta byla setřelá a místy špatně srozumitelná, občas jsem musela klienta poprosit, aby řečené ještě zopakoval. Některým slovům nebylo možné porozumět, protože v nich klient zaměnil několik písmen za jiná. V těchto případech však nakonec klient buď přišel na to, jak slovo říct správně, nebo jsem pochopila, co chtěl říct, pokud slovo napsal na papír. Během rozhovoru nebyl znát žádný problém v porozumění. Při hodnocení problémových oblastí klient sám dokázal jasně říct, jaké jsou jeho priority, i když se pak mírně lišily od těch stanovených s ergoterapeutkou z denního stacionáře. V závěrečném dotazníku hodnotil toto sezení za nenáročné a uvedl, že by se stanovení cílů zvládl věnovat ještě další hodinu.

Práce s klientem při terapiích

V denním stacionáři se s klientem trénovalo oblékání se zaměřením na zvládnutí zavazování tkaniček a zapínání zipů, navíc se terapie v rámci oblékání zaměřila také na zvládnutí oblékání trika s dlouhým rukávem. Tento cíl byl jediný, který se podařilo kompletně splnit.

Dalším cílem, jenž se shodoval s výše stanovenými cíli, bylo zlepšení řeči. V psaném projevu se pak terapie soustředila spíše na grafomotoriku než správnost psaní složitějších slov. V rámci tohoto cíle bylo důležité zlepšení rychlosti psaní, zvětšení velikosti písma a využití pravé horní končetiny pro držení papíru.

Cílem, jež nebyl při mé práci s klientem do hodnocení zahrnut, bylo zvládnutí péče o psa. V rámci tohoto cíle se terapie zaměřila na nácvik stability pomocí stabilometrické plošiny pro následné zlepšení chůze, a tedy i zvládnutí procházek se psem, dále na zvládnutí krmení a vodění psa na vodítku. Důvod, proč tento cíl nebyl vybrán při mé práci s klientem, byl ten, že mi klient sám sdělil, že se chce věnovat jiným cílům. Tento rozdíl v určení priorit mohl být dán aktuálním psychickým rozpoštěním klienta či jinými vlivy, jež nemohu posoudit, protože k tomu nemám potřebné informace.

Dalším cílem stanoveným pro terapie v denním stacionáři byla péče o zahradu. Při mém rozhovoru s klientem na základě stanovených problémů pomocí COPM však klient uvedl, že vykonávání tohoto druhu činnosti pro něj není důležité.

Posledním stanoveným cílem byl návrat k jeho oblíbeným sportům – kolo, lyže, tenis. U tohoto cíle jsem si nebyla jistá, jak moc je reálné se ke sportům vrátit, proto jsem se tomuto tématu při rozhovoru příliš nevěnovala.

Závěr

Klient se při terapiích snažil a velmi dobře spolupracoval i při stanovení cílů. Při porovnání cílů, jež jsme společně stanovili, s těmi, jež byly nakonec stanoveny pro terapii v denním stacionáři, lze nalézt znatelné rozdíly. Tato skutečnost mohla být zapříčiněna aktuálním psychickým rozpoložením, přehodnocením priorit či jinými faktory, které je těžké posoudit. Ve dvou cílech se však obě verze shodují – ve zlepšení řeči a soběstačnosti v rámci oblékání.

2.3.2. Stanovení cílů pomocí Kawa modelu

2.3.2.1. Kazuistika č. 3

Klientka, 45 let, žije s manželem, dvěma malými dětmi a občas i se dvěma dospělými syny. Dříve pracovala jako nákupčí, nyní je na mateřské dovolené. V době našeho setkání byla 8 měsíců po operaci nezhoubného nádoru mozečku. Obrazem její diagnózy je pravostranná hemiparéza, ataxie, levostranná hypestezie pro teplo a chlad, v některých úhlech diplopie. Subjektivně ji nejvíce trápí, že se nezvládá starat o své malé děti.

Průběh stanovení cílů

Celý proces probíhal podle postupu doporučeného Michaelem Iwamou (viz kapitola výše). Pro snadnější vysvětlení jednotlivých konceptů řeky jsem využila kartičky z bakalářské práce Terezy Kulhánkové (viz příloha č. 9, obr. č. 8.7. – 8.13.).

Pomocí Kawa modelu byly stanoveny tyto problémové oblasti, kterým by se měla terapie věnovat:

- 1) být schopná postarat se o rodinu, hlavně o děti
- 2) být samostatná
- 3) trénovat jemnou motoriku
- 4) trénovat stabilitu
- 5) zlepšit řeč
- 6) odstranit bariéry v bytě

Řeka klientky byla dříve velmi uspěchaná a tekla rychle, po vzniku onemocnění vnímá klientka řeku jako rozbouřenou. Klientčin popis řeky vychází z toho, že byla dříve zvyklá zvládat péči o domácnost a dvě malé děti a musela vše dělat rychle, aby to zvládla. V současné době je její řeka rozbouřená, protože je klientka neklidná z toho, že nemůže vykonávat činnosti spojené s rolí matky a ženy v domácnosti.

Z průřezu korytem řeky je patrné, že se potýká s velkým množstvím problémů, jež zobrazují kameny přesahující úroveň koryta řeky. Klientka se sama několikrát zmínila o tom, že si připadá jako „třetí dítě“. Měla tím na mysli, že se její manžel stará o ni i o jejich dvě malé děti a ona mu nemůže s ničím pomoci. Mezi klientčiny potíže patří neschopnost cokoliv dělat a nesamostatnost, jež jsou v podstatě totožné. S tím souvisí také neschopnost starat se o rodinu, a hlavně o děti. Dalším intimním problémem, o kterém se klientka sama zmínila a jež ji velmi

trápí, je, že se nemůže milovat se svým mužem. Z oblasti fyzických obtíží ji nejvíce trápí problémy se stabilitou. Jako méně závažný pak vnímá problém s jemnou motorikou, kde ji limituje hlavně ataxie. Dále klientku trápí, že je psychicky citlivější než dříve a neumí odpočívat. Nejmenší kámen tvoří řeč, která se již údajně velmi zlepšila.

Uprostřed kamenů umístěných na dně a po obou stěnách řeky se nacházejí tři dřeva představující tři klientčiny pozitivní vlastnosti: síla, optimismus a usměvavost, jež klientce pomáhají ke zvládnutí jejího onemocnění.

Jednu část koryta řeky tvoří klientčin manžel, velkou část dna pak také rodiče, teta, děti, sestra a kamarádka. Všichni tito lidé klientce pomáhají a jsou jí velkou oporou. Část jedné stěny tvoří byt s bariérami, který pro klientku představuje velké omezení v jejím fyzickém prostředí.

Zhodnocení práce s klientkou

Během intervence měla klientka tendenci hodně zabíhat do podrobností, neustále opakovat všechny své problémy a hodně tyto problémy zobecňovat. Bylo tedy často potřeba klientku navádět ke konkrétnějším formulacím problémů, což se ne vždy podařilo. Z komunikace bylo zřejmé, že její psychický stav není příliš příznivý. Komunikace byla tedy celkově velmi náročná. Nejnáročnější pak bylo vedení rozhovoru, kdy klientka odpovídala velice stručně a její odpovědi nebyly příliš konstruktivní.

Ačkoliv chování klientky působilo dojmem, že na ni tento způsob stanovení cílů má negativní vliv, v závěrečném dotazníku, kromě stížnosti, že musela psát levou rukou, žádné negativní hodnocení nezaznělo.

Práce s klientkou při terapiích

Hlavním cílem terapie, na němž se dohodla ergoterapeutka s klientkou ve spolupráci s manželem, bylo, aby klientka zvládla být 2-3 hodiny sama doma. Konkrétněji se tedy v tomto ohledu terapie zaměřovala na nácvik použití toalety, přípravu jídla, na zvládnutí přesunů a podobně.

Spolupráce však byla velmi obtížná, protože se klientka neustále upínala k tomu, že se musí zvládnout postarat o děti. Vzhledem k její funkční kapacitě bylo ale důležité, aby se nejprve zvládla postarat sama o sebe. Tuto skutečnost klientka nedokázala plně přijmout.

V některých situacích dokonce reagovala neadekvátně a měla sklon ke slovním útokům vůči ergoterapeutce.

Aby byla klientka schopná podepsat se pravou rukou, zaměřovala se terapie i na nácvik grafomotoriky. I když v této dovednosti byl zaznamenán pokrok, stále se při podpisu projevuje problém s ataxií. Terapie se také zaměřovala na zlepšení stability a trénink chůze bez pomůcek. Ve stabilitě bylo znát zlepšení, k chůzi ale klientka stále využívá vysoké chodítko.

S využitím fotografií klientčina bytu ergoterapeutka navrhla řešení pro odstranění bariér v bytě. Většinou šlo o nenáročné úpravy jako přesun nábytku a podobně. Klientka však tyto návrhy odmítla bez udání racionálního důvodu. Dle slov ergoterapeutky chování klientky velmi negativně ovlivňovalo celý průběh terapie. Z tohoto důvodu podmínila ergoterapeutka pokračování v návazném stacionáři tím, že klientka musí navštívit psychiatra.

Závěr

Spolupráce s touto klientkou byla celkově velmi náročná. V její řeči se nacházelo mnoho kamenů symbolizujících její obtíže. Situaci navíc komplikoval klientčin pocit zodpovědnosti a potřeba se co nejdříve znovu zvládnout starat o dvě malé děti. Samotné terapie nejvíce narušovalo klientčino útočné a odmítavé chování.

2.3.2.2. Kazuistika č. 4

Klient, 54 let, žije s manželkou, synem a dcerou, vystudoval střední školu elektrotechnickou a poté pracoval jako energetik. V době našeho setkání byl téměř rok a tři čtvrtě po ischemické cévní mozkové příhodě. Obrazem jeho diagnózy je pravostranná hemiparéza s těžkou spasticitou na horní i dolní končetině, afázie s těžkou poruchou exprese a frustní receptivní složkou. Subjektivně vnímá jako největší problém pomalou chůzi.

Průběh stanovení cílů

Postup práce s Kawa modelem byl identický s postupem u klientky z předchozí kazuistiky. Stejně jako u klientky s kazuistikou číslo 6 však byly použity obrázky (viz příloha č. 15) znázorňující možné problémy z oblasti soběstačnosti, volného času, fyzických a kognitivních problémů, a navíc také obrázky pro určení charakteru řeky (viz příloha č. 9, obr. č. 8.14.). Pomocí Kawa modelu byly stanoveny pouze dvě problémové oblasti, kterým by se měla terapie věnovat:

- 1) trénink psaní krátkých textových zpráv (tak aby byla slova dobře napsaná)
- 2) zrychlení chůze

Klientova řeka byla v minulosti většinou klidná, stejně hodnotí klient řeku i nyní. Klient sám působí vcelku klidně a pozitivně. Ač by se mohlo zdát, že se trápí velkým množstvím problémů, v průřezu korytem řeky se nachází pouze dva malé kameny. Větší kámen představuje problém s pomalou chůzí, v níž však klient udělal velké pokroky, protože chodí bez kompenzační pomůcky. Menší kámen symbolizuje problémy s psaným textem v důsledku afázie, které se projevují hlavně při psaní textových zpráv. Své další problémy, například řeč, klient sám údajně jako problémy nebral a nechtěl je řešit.

Veškeré dříví zakreslené na schématu znázorňuje klientovy pozitivní vlastnosti: pracovitost, snaživost a usměvavost.

Koryto řeky představuje pro klienta příznivé a podpůrné prostředí. Jednu stěnu řeky tvoří lidé, kteří jsou pro něj velkou oporou: jeho kamarád, manželka, dcera a syn. Dno řeky pak tvoří bezbariérový byt.

Zhodnocení práce s klientem

S klientem se mi pracovalo velice dobře. Bylo pro mě však obtížné odhadnout, do jaké míry u něj vážne receptivní složka řeči. Porozumění bylo usnadněné používáním obrázků. Když jsem ale například neměla obrázek pro slovo ponožky, klient mi nerozuměl, dokud jsem mu je neukázala na sobě. S tím souvisí také porozumění metafoře řeky. Klient působil, jako že metafoře řeky rozumí, nejsem si však jistá, zda to pro něj nebylo příliš abstraktní. Při komunikaci se mnou si v některých situacích uměl velmi dobře poradit pomocí kreslení vlastních obrázků či gestikulací.

Diskutabilní je také význam problémů klienta pro něj samotného. Je možné, že klient nemá náhled na své problémy, nebo je natolik flegmatický, že obtíže způsobené následky onemocnění jako problematické opravdu nevnímá. Dalším možným vysvětlením může být, že byl klient aktuálně v dobrém psychickém rozpoložení, nebo na tuto reakci měla vliv porucha porozumění. Na rozdíl od předešlé klientky hodnotil klient stanovení cílů pomocí tohoto nástroje jako velmi vyčerpávající a dodával, že se už cítí unavený. Jinak se mu ale s tímto nástrojem pracovalo dobře.

Práce s klientem při terapiích

Vzhledem ke klientově těžké afázii byla do stanovení cílů pro denní stacionář zapojena i manželka. Cílů bylo tedy mnohem více, než kdyby je klient určoval sám. Od těch, které jsem s klientem stanovila já, se liší rovněž svým zaměřením. V rámci zlepšení řeči byl stanoven cíl najít logopeda, který by byl ochoten docházet ke klientovi domů, aby se zlepšování řeči mohl věnovat co nejintenzivněji. Z oblasti soběstačnosti byly stanoveny dva cíle pro oblékání – zvládnout si obléknout ponožky a tepláky, a jeden z oblasti přípravy jídla – zvládnout si připravit snídani. Příprava snídaně pak byla ještě dále specifikována konkrétními činnostmi, které měl klient zvládnout – otevřít jogurt, nakrájet si roládu a připravit si kávu. Posledním stanoveným cílem, který klient částečně splnil, bylo najít si aktivity pro volný čas a věnovat se jim. Vzhledem k tomu, že jedním z klientových zájmů jsou auta, byl klient motivován, aby si vytvořil deník aut a pak si ho dále vedl.

Závěr

Ačkoliv se klient následkem onemocnění musí potýkat s řadou obtíží, v současné době subjektivně jen málo z nich vnímá jako problematických. Tato skutečnost, kterou mi klient sám potvrdil, však nemusí být z výše zmíněných důvodů zcela pravdivá. Na druhou stranu při společném stanovení cílů klient působil spokojeně a pozitivně. Tohoto klienta jsem měla (jako jediného z vybraných klientů) možnost potkat zhruba půl roku před společným stanovením cílů pomocí Kawa modelu a musím říct, že se klient výrazně zlepšil, hlavně co se týče chůze a psychického rozpoložení.

2.3.3. Stanovení cílů pomocí PZČ

2.3.3.1. Kazuistika č. 5

Klientka, 67 let, před vznikem onemocnění žila sama, nyní žije s rodinou. Pracovala jako vedoucí recepce, v současné době je v invalidním důchodu. V době našeho setkání byla cca 9 měsíců po hemoragické cévní mozkové příhodě. Obrazem její diagnózy je pravostranná hemiparéza s ataxií, třesem, poruchou termického cití, střídavými pocity pálení, tuhnutí nebo bolesti. Z oblasti poruch řečových funkcí je přítomna dysartrie. Subjektivně by klientka nejvíce chtěla zlepšit hybnost ruky, aby byla schopná zvládat běžné denní činnosti a mohla se vrátit domů.

Průběh stanovení cílů

V teoretické části byly popsány čtyři části, které tvoří strukturu plánování (administrativní část, část věnovaná člověku, část podpory, akční plán). Pro praktickou část jsem však vypracovala jen ty části, které se týkají přímo stanovení cílů (část věnovaná člověku a akční plán), protože se ve své práci zabývám pouze způsobem stanovení cílů pomocí různých nástrojů. V praxi se s konceptem PZČ pracuje po celou dobu intervence, nikoliv pouze ve fázi stanovení cílů, proto je dobré mít vypracované všechny čtyři části plánování.

S klientkou jsem nejprve sestavila *Profil na jednu stránku*, jehož součástí byly tyto položky: *Mé silné stránky*, *Kruh vztahů*, *Co ráda dělám* a *Co je pro mě důležité*. Zjišťování klientčiny silných stránek a lidí okolo ní mělo za účel najít pozitivní body, o něž by se dalo opřít při plánování řešení klientčinych obtíží.

Za svou jedinou silnou stránku považuje klientka vytrvalost. Má však okolo sebe mnoho lidí, s nimiž i přes následky svého onemocnění udržuje sociální kontakty. Její velkou oporou jsou hlavně děti, u kterých momentálně bydlí, aby mohla docházet na terapii.

Informace z položek *Co ráda dělám* a *Co je pro mě důležité* tvořily základ pro diskuzi nad *Akčním plánem*.

V rámci *Akčního plánu* klientka stanovila pět cílů, jimž by se chtěla v terapiích věnovat:

- 1) zlepšit jemnou motoriku a zmírnit třes levé ruky
- 2) zvládat fyzickou zátěž
- 3) vrátit se do svého bytu
- 4) zvládat úpravu zevnějšku
- 5) zlepšit řeč

Následně klientka s mou pomocí sestavila ke každému cíli jednotlivé kroky pro jejich splnění. Navrhla také, kdo by jí mohl pomoci těchto kroků dosáhnout a do kdy by mohly být kroky splněny.

Problémy s jemnou motorikou a třes na levé ruce klientku omezují hlavně při její oblíbené činnosti – šití, zároveň také souvisí s dalším z vytčených cílů – úprava zevnějšku (konkrétně česání a malování). Vzhledem k tomu, že klientka byla dříve velice akční – hodně pracovala a věnovala se svým zájmům (tancování, turistika a další), byla zvyklá překonávat velkou fyzickou zátěž. Po cévní mozkové příhodě její schopnost snášet fyzickou zátěž hodně klesla, proto je pro ni důležité pracovat s fyzioterapeutem na zlepšení této oblasti. I přesto, že klientka v současné době bydlí u svých dětí, chtěla by se přestěhovat zpět do vlastního bytu, kde žije sama a musí se o sebe umět postarat. Dalším stanoveným cílem tedy byl trénink soběstačnosti cílený na činnosti potřebné k samostatnému bydlení. V průběhu rozhovoru s klientkou byly znatelné mírné obtíže při vyslovování některých slov. Ačkoliv klientčin slovní projev byl jinak na velice dobré úrovni a problémy s vyslovováním nijak významně nenarušovaly průběh rozhovoru, klientka to pocítovala jako velký problém a přála si zlepšení výslovnosti zařadit mezi cíle terapie.

Zhodnocení práce s klientkou

Rozhovor s klientkou vedený prostřednictvím tohoto nástroje proběhl dle mého názoru v příjemné atmosféře. Klientka velmi dobře spolupracovala a sama uvedla, že se jí práce s tímto nástrojem líbila. Jediné negativum spatřovala v tom, že musela celou dobu sedět, což je pro ni velice náročné, protože dle jejích slov musí myslet na to, že musí sedět rovně, aby měla stabilní sed. Z pozorování klientčina chování a informací od ní bylo zřejmé, že klientka vždy chodila upravená a hodně si na tom zakládala. I v době po vzniku onemocnění se snaží chodit upravená

a chovat se jako dáma, je však zřejmé, že si uvědomuje své obtíže způsobené onemocněním a trápí ji, že je tímto onemocněním ovlivněn i její vzhled.

Práce s klientkou při terapiích

Oproti cílům stanoveným pomocí PZČ se terapie v denním stacionáři zaměřila na splnění konkrétnějších cílů v oblasti soběstačnosti – zvládnout se najíst příborem a zvládat chůzi v rámci krátkých procházek. Tento rozdíl byl pravděpodobně způsoben tím, že u PZČ klientka tyto body shrnula pod soběstačnost potřebnou k navrácení se do svého bytu a dále je nechtěla specifikovat.

Cíl, který se objevil v obou případech, byl zvládat úpravu zevnějšku. U PZČ byl cíl dále specifikován na zvládnutí česání a malování, u cílů pro denní stacionář však měla klientka stanovené, že si zvládne sama umýt a vyfoukat vlasy a nalakovat si nehty na ruce. Jediné, čeho se podařilo dosáhnout, bylo trénování jemné motoriky, aby klientka zvládla stanovené cíle (například používání příboru). Cíle se nepovedlo naplnit, protože klientka do denního stacionáře docházela jednou týdně. Navíc některé týdny vynechala, protože byla nemocná, nebo byl státní svátek. Nakonec klientka předčasně denní stacionář ukončila a rozhodla se pro navýšení docházky fyzioterapeuta do domácnosti. Dle informací vedoucí ergoterapeutky klientka špatně snášela prostředí zařízení a přítomnost ostatních klientů.

Závěr

S klientkou se mi prostřednictvím PZČ pracovalo velice dobře. Bylo na ní znát, že ji její problémy trápí, ale je vytrvalá a nechce se vzdát. Navzdory původnímu plánu, kdy měla do zařízení docházet častěji, nakonec klientka docházení do denního stacionáře ukončila. Nebylo tedy možné pokračovat ve snaze o dosažení stanovených cílů.

2.3.3.2. Kazuistika č. 6

Klientka, 50 let, žije se synem a jeho přítelkyní. Vystudovala střední školu a poté vystřídalala několik zaměstnání. Pracovala jako elektrotechnik, pokojská, recepční i jako ostraha. Nyní má zažádáno o invalidní důchod. V době našeho setkání byla cca 10 měsíců po ischemické cévní mozkové příhodě. Obrazem její diagnózy je pravostranná hemiparéza s těžkou spasticitou, globální afázie a okohybná porucha, při níž je omezen pohled vpravo.

Průběh stanovení cílů

Postup získávání informací byl stejný jako u předchozí klientky s tím rozdílem, že k vypracování akčního plánu byly použity obrázky znázorňující různé možné cíle, kterým by se klientka mohla chtít věnovat (viz příloha č. 15). Obrázky obsahovaly položky personálních i instrumentálních ADL a dále pak obrázky znázorňující klientčiny zájmy či problémy předem zjištěné rozhovorem s ergoterapeutkou. Práce s klientkou byla kvůli těžké afázii časově náročnější. Celková doba strávená stanovením cílů pomocí tohoto nástroje činila 3,5 hodiny a byla rozdělena do tří terapií. Z *Profilu na jednu stránku* je patrné, že i přes mnoho komplikací způsobených onemocněním zvládla klientka vymyslet mnoho silných stránek a věcí, jež ráda dělá. Dalším pozitivem je velká pomoc ze strany syna a jeho přítelkyně. V *Kruhu vztahů* dále klientka uvedla čtyři blízké kamarádky, s nimiž se občas stýká a které ji podporují. Z části věnované tomu, co je pro klientku důležité pak vychází i některé cíle. V rámci *Akčního plánu* klientka stanovila devět cílů, jimž by se chtěla v terapiích věnovat:

- 1) umět říct, co si myslím a co potřebuji
- 2) zlepšit hybnost pravé ruky tak, abych byla schopná narovnat prsty
- 3) zlepšit hybnost pravé nohy tak, aby se zlepšila chůze
- 4) zvládnout chodit po schodech (cca 5 schodů)
- 5) zvládnout si pamatovat, co mám udělat a kde jsou věci, které potřebuji
- 6) umět vyhledávat zajímavosti a zprávy na počítači
- 7) umět ovládat pračku
- 8) zvládat placení účtů a manipulaci s penězi
- 9) zvládnout stěhování z panelového domu do rodinného domu

Vzhledem k funkční kapacitě klientky, se některé cíle zvolené v rámci *Akčního plánu* mohou jevit jako ne příliš realistické. Nikdy však nelze se stoprocentní jistotou říct, zda bude možné, být v dlouhodobějším časovém horizontu, těchto cílů dosáhnout, či nikoliv. Jedná se

například o cíl umět vyhledávat zajímavosti a zprávy na počítači, který je obtížně splnitelný z důvodu těžké formy afázie, nebo cíl zvládat placení účtů a manipulaci s penězi obtížně splnitelný kvůli problémům s počítáním. Pro klientku velmi důležitý cíl, jež nebyl přímo začleněn do terapií, byl zvládnout stěhování z panelového domu do rodinného domu.

Oblastí, které byla věnována pozornost i v rámci denního stacionáře, bylo zlepšení hybnosti pravé horní i dolní končetiny pro zapojení do ADL. U horní končetiny byla důležitá snaha o dosažení pasivních rozsahů pohybů do plné extenze v loketním kloubu, dorzální flexe v zápěstí a, jak klientka sama uvedla, extenze prstů. Pravé dolní končetině byla věnována pozornost především v souvislosti se zlepšením stereotypu chůze. Důležité bylo protahování Achillovy šlachy a snaha o rovnoměrný došlap na celé chodidlo.

Další cíl související s chůzí, který si klientka zvolila, byl zvládnout chodit po schodech. Protože se v průběhu března měla klientka odstěhovat do bezbariérového domu, schody v domácím prostředí neměly v budoucnu představovat žádný problém. Klientka si však přála, aby zvládala schody ve veřejném prostoru a nebyla závislá na pomoci druhých či na použití výtahu.

V souvislosti s těžkou afázií chtěla klientka trénovat řeč s logopedkou, a to nejlépe do té míry, aby uměla říct, co si myslí a co potřebuje. Dále také chtěla trénovat paměť, aby si zvládla pamatovat, co má udělat a kde jsou věci, které potřebuje. Pro trénink paměti však i nadále představuje komplikaci již zmíněná afázie.

Specifickým přáním klientky bylo zvládnout ovládat pračku. Toto přání zřejmě vychází ze skutečnosti, že byla klientka před nemocí zvyklá provádět veškeré domácí práce a chtěla se na nich znovu alespoň částečně podílet.

Zhodnocení práce s klientkou

Ačkoliv byla klientka ochotná spolupracovat, kvůli těžké afázii bylo vymýšlení jednotlivých položek náročnější než u předchozí klientky. Často byla zapotřebí nápověda a slovní vedení z mé strany. Několik položek však dokázala klientka vymyslet sama. Byla také schopná danou věc nakreslit, předvést, či využít obrázky tak, aby bylo jasné, o co se jedná. Zvládla rovněž určit, co pro sebe považuje za důležité a co nikoliv. Dokonce si sama dokázala vybavit několik slov (např. koláč, pexeso). Obtížné bylo i určení časového ohraničení v rámci

Akčního plánu. I když byla práce s PZČ rozdělena do tří sezení, po delším čase byla na klientce znát únava. Sama však označila za únosné pracovat na stanovení cílů maximálně 1,5 hodiny.

Práce s klientkou při terapiích

Ačkoliv klientka rovněž docházela do denního stacionáře v ERGO Aktivu, cíle s ní byly stanoveny ke konci denního stacionáře na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN. Po ukončení denního stacionáře měla docházet na ambulantní rehabilitaci na stejné místo, kde by se ergoterapeutka věnovala společně stanoveným cílům. Avšak klientka změnila své plány a až v květnu nastoupila na lůžka včasné rehabilitace iktového centra VFN, kde bylo možné se více dozvědět o aktuálním zaměření terapie.

Na lůžkách včasné rehabilitace se terapie nejvíce zaměřovala na ovlivnění patologických stereotypů. Původně byla v plánu terapie spasticity na celé horní končetině a nácvik chůze po rovině. Ergoterapeutka se však s fyzioterapeutkou shodla na tom, že nejprve bude vhodné zaměřit se na oblast zkrácených šijových svalů a musculus pectoralis, které způsobují patologické postavení v ramenním kloubu a na placing trupu. U dolní končetiny se pak terapie měla zaměřit na selektivní pohyby pánve, aby klientka byla schopná zapojit tyto pohyby při chůzi.

Na horní končetině se tedy terapie nejprve věnovala uvolnění zkrácených šijových svalů, musculus pectoralis a placingu trupu. Poté se terapie začala zaměřovat na prolongovaný strečink celé horní končetiny, který však byl časově velmi náročný. Zkoušelo se protahování končetiny za pomoci dlah, ale spasticita byla tak těžká, že se tento postup neosvědčil. Do budoucna se zvažovala aplikace botulotoxinu.

U dolní končetiny se terapie zaměřila na již zmíněné selektivní pohyby pánve a po aplikaci botulotoxinu do musculus triceps surae i na nácvik repetitivní chůze.

Dle slov ergoterapeutky nebylo možné se věnovat oblasti kognitivních funkcí, hlavně porozumění, protože na to nezbyl čas. Stimulace porozumění tedy probíhala alespoň s logopedkou.

Závěr

I přes přítomnost těžké afázie a mnoha dalších problémů se mi s klientkou pracovalo dobře. Dle dokumentace je klientka plačtivá a emočně nestabilní. Tato skutečnost však stanovení cílů žádným výrazným způsobem neovlivnila. Protože se jednalo o subjektivní názor klientky na to, čeho by chtěla dosáhnout, v cílech stanovených pomocí PZČ se najdou i některé cíle, které mohou působit nerealisticky. Z dlouhodobějšího hlediska se však může podařit některých cílů alespoň částečně dosáhnout. Je to však jeden z důvodů, proč se celkově stanovené cíle výrazně odlišují od těch, jimž se nakonec věnovala ergoterapeutka na lůžkách včasné rehabilitace.

2.4. Zhodnocení jednotlivých nástrojů

2.4.1. Zhodnocení COPM

Hlavní předností tohoto nástroje je, že se terapeut dozví, jaké cíle jsou pro klienta opravdu důležité. Dále také získá informace o tom, jak klient hodnotí současný výkon dané činnosti a jak je s tímto výkonem spokojen. Tyto informace jsou cenné pro utvoření představy, jak klient jednotlivé problémy vnímá, i pro další postup v plánování terapie. Další výhodou spatřuji v tom, že pro tento nástroj existuje přehledná metodika, v které terapeut najde různé užitečné informace a mimo jiné i seznam činností, na jejichž výkon se může klienta zeptat.

Dle mého názoru je nástroj dobře využitelný u osob bez poruchy receptivní složky řeči, i za současné poruchy složky expresivní. Porozumění je důležité hlavně pro pochopení hodnotících škál. Negativum však spočívá v nejednotném názoru na používání nástroje u lidí s poruchou kognitivních funkcí a v absenci příkladů konkrétních postupů u těchto lidí v metodice COPM (hlavně co se týče úpravy škál). Na druhou stranu si myslím, že se tento nástroj dá dobře použít právě pro zjištění kognitivních obtíží spojených s náhledem na klientovu životní situaci.

Nicméně v porovnání se zbylými dvěma nástroji při použití COPM nezískáme jasnou představu o vlastnostech jedince či o jeho sociálním prostředí. Ačkoliv dle CMOP, z něhož nástroj vychází je bráno v úvahu, že výkon zaměstnávání je výsledkem interakcí mezi jedincem, prostředím a zaměstnáváním. Chybí zde jakékoli grafické či schematické znázornění, jež by klientovi usnadnilo pochopení a uvědomění si vlastní životní situace. Nástroj také neposkytuje prostor pro pozitivní podporu klienta při počátečním stanovení cílů. Při reevaluaci již ale může dojít k určité motivaci jasným číselným znázorněním zlepšení u jednotlivých problémů klienta.

Podrobný přehled informací o tomto nástroji naleznete v příloze č. 5.

2.4.2. Zhodnocení Kawa modelu

Tento nástroj je jedinečný svým filozofickým základem propojeným s metaforou řeky. V první řadě oceňuji možnost prostřednictvím kresby znázornit klientovu situaci, čímž se zcela odlišuje od ostatních nástrojů pro stanovení cílů. Dochází tím mimo jiné ke zvědomění klientových obtíží, podpůrných aspektů i faktů, jež situaci znesnadňují. Pro terapeuta je takové zobrazení důležité pro pochopení problémů v kontextu prostředí a klientových vlastností. Rovněž se mi líbí, že kromě klientových obtíží se nástroj zaměřuje také na identifikaci pozitivních stránek klientova života a na identifikaci prostoru pro intervenci.

Během aplikace tohoto nástroje však pro mě bylo obtížné vysvětlit význam a propojení všech konceptů řeky. To bylo zřejmě způsobené tím, že jsem Kawa model nikdy předtím sama u žádného klienta nezkoušela a nebyla jsem si jistá, jak nejlépe vše vysvětlit. Situaci komplikovala nedostatečná komunikace ze strany klientky bez afázie a podezření na poruchu porozumění u klienta s afázií. Myslím si, že i pro samotné klienty muselo být pochopení celého významu metafory řeky těžké. Náročné bylo i následné vedení rozhovoru, protože jsem nástroj zkoušela u klientů, kteří se vyjadřovali velmi stručně.

Myslím si, že nástroj je obecně nejlépe využitelný u klientů bez kognitivních či řečových poruch, kteří se potřebují zorientovat ve svých problémech a jsou schopni nad nimi uvažovat v kontextu prostředí a vlastností klienta.

Podrobný přehled informací o tomto nástroji naleznete v příloze č. 10.

2.4.3. Zhodnocení PZČ

Tento nástroj, nebo lépe řečeno soubor nástrojů, mě v první řadě velice překvapil atmosférou, kterou lze jeho použitím vytvořit. Prostřednictvím nástroje ***Profil na jednu stránku*** jsem mohla lépe poznat klienta, což mi pak umožnilo lépe vést rozhovor. Pro klienta pak mohl být průběh rozhovoru příjemnější z toho důvodu, že byly identifikovány určité podpůrné aspekty jako například klientovy silné stránky nebo jeho zájmy.

Dále se mi velice líbí možnost libovolného využití nabízených nástrojů a jejich možná kombinace. Terapeut si tak může vybrat nástroje takovým způsobem, aby se dozvěděl informace, které potřebuje pro plánování s klientem. V podstatě lze říct, že PZČ může obsahovat prvky dalších dvou nástrojů. Stejně jako u Kawa modelu lze zkoumat klientovo fyzické i sociální prostředí (např. nástrojem ***Kruh vztahů*** nebo ***Moje místa***) a klientovi silné stránky (pomocí nástroje ***Mé silné stránky***). Stejně jako u COPM pak lze zjistit, co je pro klienta důležité, na rozdíl od COPM ale PZČ neposkytuje konkrétní číselné údaje.

Jak jsem se přesvědčila u paní s kazuistikou číslo 6, lze tento nástroj modifikovat a využít i u klientů s těžším typem afázie, případně lze také k plánování přizvat členy rodiny. Právě možnost zapojení rodiny i nejbližších přátel do procesu stanovení cílů a následného plánování je další výhodou, jež tento nástroj nabízí.

Na druhou stranu si musí každý, kdo nástroj používá, uvědomit, že stejně jako Kawa model a COPM poskytuje PZČ subjektivní hodnocení a názory klienta. Proto je nezbytné, aby terapeut poskytl svůj profesionální pohled na problémy a zhodnotil reálnost stanovených cílů. Pro stanovení krátkodobých cílů však PZČ není příliš vhodné (viz kazuistika č. 5 a 6).

Podrobný přehled informací o tomto nástroji naleznete v příloze č. 14.

3. DISKUZE

Stanovení cílů je klíčovou součástí rehabilitace (Plant et al., 2016). Nemalá pozornost by tedy měla být věnována způsobu, jak stanovení cílů probíhá, jaké existují možnosti a jaká jsou možná úskalí při tomto procesu.

Článek Sarah E. Plant et al. (2016) upozorňuje na určité skutečnosti, jež mohou při stanovení cílů tvořit bariéry. S některými jmenovanými jsem se taktéž musela ve své praktické části potýkat. Šlo především o nejistotu v tom, do jaké míry jsou potencionální či vybrané cíle reálné. V případě klienta s kazuistikou číslo 2 jsem pocit nejistoty zaznamenala ve chvíli, kdy jsem se ptala na jeho zájmy, k nimž by se chtěl vrátit. Klient začal vyjmenovávat různé sporty, které dříve dělal (například lyžování, jízda na kole apod.), vzhledem k jeho problémům v oblasti fyzických následků jsem si však nebyla jistá, zda návrat k těmto sportům bude možný. Chtěla jsem se vyvarovat situaci, kdy s klientem stanovím cíl, který pak nebude možné splnit a tím klient ztratí motivaci pro další terapii. Na druhou stranu jsem chtěla s klientem stanovit cíle, jež by ho motivovaly k aktivní účasti při terapiích. Ergoterapeutka, která se tomuto klientovi věnovala, nakonec tento cíl do plánu zařadila. Důvodem pro zařazení do plánu bylo zřejmě to, že ergoterapeutka již měla vymyšlené způsoby, jak vykonávání těchto sportů případně modifikovat. Obecně je dle mého názoru vhodné zařadit do plánu cíle, u nichž víme, že jsou dosažitelné, nebo bude možné je provádět s určitou adaptací. K tomu je třeba odborné posouzení ergoterapeutem, případně celým interprofesním týmem. Naopak bychom se měli vyvarovat zařazení cílů, o nichž víme, že jejich dosažení není reálné, protože bychom mohli klienta demotivovat.

Dalším faktorem, jež pravděpodobně ovlivnil průběh i výsledek stanovení cílů, je skutečnost, že se nikdo z klientů v žádném z předchozích zařízení na stanovení cílů terapie nepodílel. Klienti tedy nebyli zvyklí sami si určovat, čemu se chtějí v terapiích věnovat, protože byli vždy do tohoto procesu vtaženi pouze pasivně, a nikoliv jako aktivní účastníci procesu. V některých případech to mohlo být i tím, že pobyt v předchozím zařízení absolvovali ještě v akutním stádiu onemocnění, kdy si klient cíle většinou sám nestanovuje. V tomto stádiu onemocnění člověk nemusí být ve stavu, kdy by byl schopný určit důležité a realistické cíle terapie. Navíc v této fázi sami klienti očekávají určení plánu terapeutem (Plant et al., 2016). Všechny tři nástroje, kterým jsem se ve své práci věnovala, umožňují aktivní začlenění klienta do procesu stanovení cílů a subjektivní zhodnocení vlastních obtíží. Myslím, že pokud se klient nenachází v akutním stádiu onemocnění, je dobré ho do procesu aktivně začlenit. Dokonce

i sami klienti v závěrečném dotazníku ve většině případů vyjádřili názor, že je podle nich dobře, pokud se klient na stanovení cílů podílí (až na jednu klientku, která k této otázce zaujala neutrální postoj).

Absence předchozích zkušeností se stanovením cílů zřejmě byla i důvodem, proč všem klientům dělalo problém blíže specifikovat dané problémy a soustředit se více na výkon v jednotlivých činnostech. Příkladem je klientka s kazuistikou číslo 3, která jako svůj problém udala neschopnost cokoliv dělat, což je velice obecná informace, na jejímž základu není možné stanovit konkrétní cíle. V takových chvílích je pro zjištění podrobnějších informací zapotřebí dobrého vedení rozhovoru terapeutem.

Faktorem, jež do značné míry ovlivnil celý proces, byl psychický stav. Protože tělo člověka funguje jako celek, a ne jako několik na sobě nezávislých komponent, psychická složka může ovlivnit složky ostatní. Pokud není psychická stránka člověka v pořádku, je pak obtížné pracovat na zlepšení ostatních oblastí. Ve většině případů klienti špatně snášeli změnu způsobenou vlivem jejich onemocnění. Bylo pro ně těžké přijmout skutečnost, že některé věci už nebudou jako dříve, že nebudou moci vykonávat své zájmy a že jsou závislí na pomoci druhé osoby. Myslím si, že pro některé klienty bylo také obtížné o svých problémech mluvit s někým, koho vidí poprvé a vůbec ho neznají. V důsledku této skutečnosti pak klienti mohli být zdrženlivější při odpovědích na mé dotazy.

Nástroje, jímž se tato práce věnuje, poskytují klientův subjektivní názor, popřípadě i hodnocení problémových oblastí. Tyto informace jsou pro stanovení cílů terapie nepochybně velice přínosné. Avšak v některých případech mohou být informace zkreslené vlivem následků onemocnění. Tak tomu bylo i v případě klienta s kazuistikou číslo 1, kdy při opakovaném výstupním hodnocení provedeném s časovým rozestupem jednoho dne klient tytéž položky ohodnotil diametrálně odlišnými hodnotami. Při zohlednění získaných informací od klienta v rámci plánování léčby je tedy třeba mít na paměti, že klientův náhled na situaci může být zkreslený. Pro dostatečnou motivaci klienta je důležité vědět, jakých cílů chce během terapie dosáhnout. Pokud jsou však cíle stanovené klientem nerealistické, je nutné, aby terapeut klientovi poskytl odborný náhled na celou situaci a společně s ním tak došel k plánu, který bude přijatelný pro obě strany.

Dále bych se ráda vyjádřila ke konkrétním výsledkům srovnání vybraných nástrojů. Předtím bych však chtěla krátce zmínit vyjasnění pojmu nástroj. Při pohledu na názvy jednotlivých nástrojů by se mohlo zdát, že jediným skutečným nástrojem je COPM. Pokud ale nahlédneme do literatury pojednávající o Kawa modelu, zjistíme, že Kawa model lze využít jako konceptuální model, referenční rámec i hodnotící nástroj (The Kawa model, 2015). PZČ je spíše koncept, který ale poskytuje soubor různých nástrojů. Tyto nástroje jsou však mnohdy podobné položkám z dalších dvou nástrojů, například nástroj *Co je pro mě důležité* u PZČ a hodnocení důležitosti u COPM nebo *Mé silné stránky* a identifikace vlastností u Kawa modelu. Terapeut si pak z jednotlivých položek v podstatě vytvoří svůj vlastní nástroj.

COPM je standardizovaný nástroj rozšířený v mnoha zemích, jež je využíván i v České republice. Jeho nespornou výhodou jsou číselné údaje přesně vyjadřující důležitost jednotlivých činností, výkon zaměstnávání klienta a spokojenost s tímto výkonem. Dále lze také ocenit metodiku, jež poskytuje všechny důležité informace ohledně aplikace a využitelnosti nástroje.

V názoru na využitelnost nástroje u osob s poruchou kognitivních funkcí a poruchou komunikace se však rozchází s dalšími dostupnými zdroji. Zatímco článek Anity Stevens et al. (2013) i metodická příručka od Martiny Hoskovcové a kol. (2014) použití v těchto případech nedoporučují, metodika uvádí, že v obou případech lze nástroj využít. V případě kognitivní poruchy navrhuje úpravu hodnotících škál, dále však již neposkytuje přesný návod na to, jak úpravu provést (Law et al., 2008). Při práci s klientem s poruchou kognitivních funkcí jsem zjistila, že při opakované reevaluaci došlo k diametrálně odlišným výsledkům. Toto zjištění pak vedlo k domněnce, že klientovi zřejmě chybí náhled na jeho problémy. Osobně si nemyslím, že by tato skutečnost měla být brána jako negativum tohoto nástroje. Protože pokud bude terapeut dostatečně všímavý a získá podezření na přítomnost neadekvátního náhledu klienta na situaci, může si prostřednictvím opakované reevaluace tuto hypotézu potvrdit, či vyvrátit. Pokud by se jeho hypotéza ukázala pravdivou, bude vědět, že získané hodnoty musí brát s rezervou.

Pro použití u osob s problémy v komunikaci metodika navrhuje možnost využít k hodnocení náhradního respondenta. Jak samotní autoři metodiky upozorňují, existuje zde riziko, že náhradní respondent nebude do některých oblastí klientova života zasvěcen nebo bude odpovídat dle svého přesvědčení, ale ne tak, jak by odpovídal klient (Law et al., 2008). V tomto bodě musím s metodikou souhlasit, proto si myslím, že u těchto klientů lze lépe využít PZČ,

kde není potřeba přesného hodnocení, a rodinní příslušníci jsou do tohoto procesu metodicky zapojeni.

V rámci praktické části jsem COPM zkoušela provést s klientem s afázií, u něhož nebylo narušeno porozumění, ale vážla exprese. Klient se vyjadřoval v jednoduchých větách a občas se objevovaly problémy s utvářením slov. I přesto, že se jednalo o klienta s poruchou komunikace, tento nástroj pro něj byl dobře využitelný. Překvapivou skutečností byl však rozdíl priorit, jež klient určil při stanovení cílů se mnou a těch, jež určil s ergoterapeutkou v denním stacionáři. To však nelze jednoznačně přisuzovat samotnému nástroji. V tomto případě šlo zřejmě o rozdílný způsob vedení rozhovoru a získání odlišných informací či účast manželky v případě stanovení cílů s ergoterapeutkou v denním stacionáři.

Při aplikaci COPM jsem se u obou klientů potýkala s tím, že nedokázali sami popsat svůj běžný den a identifikovat problémy vyskytující se při provádění činností. Jedním z důvodů byla přítomnost afázie u jednoho z klientů a špatné psychické rozpoložení u druhého klienta. Informace jsem tedy zjistila až rozhovorem zaměřeným na schopnost provádět činnosti obsažené v seznamu zaměstnávání v metodice. Myslím si, že pro klienta, který má v důsledku onemocnění psychické problémy, je ale velice obtížné vyjmenovávat, co vše mu činí problém. V takových situacích bych zvolila postup, kdy se klienta nejprve zeptáme, jaké jsou jeho cíle a případně se v průběhu rozhovoru dostaneme i k dalším oblastem vhodným pro terapii.

COPM má oproti Kawa modelu a Plánování zaměřeném na člověka výhodu v tom, že není tak časově náročné. Zkušenému terapeutovi by mělo trvat 15-30 minut (Law et al., 2008). Pokud tedy terapeut nemá mnoho času, lze tento nástroj využít pro rychlé utvoření představy o klientových problémech.

U dalšího nástroje, **Kawa modelu**, se v důsledku jeho vzniku v prostředí východní kultury nabízí praktická otázka, zda je tento nástroj využitelný pro klienty v zemích západní kultury. Dle tvrzení Michaela Iwamy (2006) lze Kawa model použít i pro klienty z odlišných kultur, vždy však záleží na schopnostech terapeuta nástroj dané kultuře přizpůsobit. Tereza Kulhánková (2013) ve své práci zmiňuje, že Kawa model lze bez problému využít i u českých klientů. Spíše než netradičnost nástroje představuje překážku pro jeho použití přítomnost poruchy kognitivních funkcí a řečových schopností. V tomto názoru se shodují oba výše zmiňovaní autoři a já ho mohu jen potvrdit. Neporušenost kognitivních funkcí je zásadní pro pochopení metafory řeky a významu jednotlivých konceptů, dále také pro abstraktní

představu své vlastní řeky. Pokud jsou u klienta porušeny řečové schopnosti, nemůže podrobněji vysvětlit význam zakreslených komponent a není rovněž schopen vést s terapeutem rozhovor, na jehož základě pak může terapeut společně s klientem stavět plán terapie.

Jeden z klientů, s nímž jsem stanovila cíle pomocí Kawa modelu, měl poruchu exprese i porozumění a výsledek stanovení cílů s tímto klientem nebyl příliš použitelný pro sestavení plánu terapie. Zda klient porozuměl metafoře řeky, nešlo spolehlivě ověřit. Tato skutečnost mi však potvrdila již zmíněné tvrzení ohledně nevhodnosti použití Kawa modelu u těchto klientů.

Tento nástroj klade velké nároky i na samotné terapeuty. V první řadě může být těžké klientům vysvětlit význam metafory řeky a jejích konceptů. V tom mohou pomoci například předem vytvořené kartičky s nakreslenými koncepty řeky a vysvětleným významem konceptů nebo kreslení v průběhu vysvětlování přímo před klientem. Náročné je i samotné vedení rozhovoru, na něž nemůže být terapeut nikdy stoprocentně připraven. Může však využít různých předem daných otázek, dostupných například v metodice napsané Michaellem Iwamou a Teohem Jou Yinem (2015) či v bakalářce Terezy Kulhánkové (2013). I pro mě bylo náročné vše vysvětlit a po zakreslení všech komponent řeky vést s klientem rozhovor. Domnívám se, že obtížnost byla dána hlavně tím, že jsem nástroj zkoušela poprvé a určitě tím byl do jisté míry ovlivněn celý průběh i výsledek stanovení cílů.

Co na Kawa modelu oceňuji, je možnost znázornění životní situace pomocí schématu. Klient tak může komplexně vidět celou svou aktuální životní situaci, a dokonce ji porovnat s životní situací v minulosti nebo budoucnosti. To mu může pomoci v pochopení některých skutečností a uvědomění si vlastních problémů i možností pro zlepšení situace. Další výhodou spatřuji v tom, že problémy klienta jsou zohledněny v kontextu prostředí a pozitivních i negativních vlastností klienta.

Posledním hodnoceným nástrojem je **PZČ**. U tohoto nástroje mě v první řadě překvapila jeho schopnost navodit příjemnou atmosféru. Té bylo pravděpodobně dosaženo tím, že byly nejprve identifikovány silné stránky klienta, jeho zájmy, okruh rodiny a jeho nejbližších přátel a to, co je pro klienta důležité. To vše mu pomohlo si uvědomit pozitivní aspekty jeho života a v následujícím sestavování *Akčního plánu* pro něho mohlo být o něco snesitelnější bavit se o svých problémech.

Rozdíl oproti dalším dvěma nástrojům spočívá v tom, že PZČ je v podstatě soubor nástrojů, jež se dají navzájem kombinovat. Záleží na terapeutovi, které z těchto nástrojů

využije. Vždy je však dobré dodržovat strukturu doporučenou Michaelem Smullem (2000). Tato skutečnost může představovat výhodu v tom, že si terapeut uzpůsobí plánování dle svých představ a dle potřeb klienta. Nevýhodou PZČ může být časově náročná příprava před samotným plánováním. Při výběru nástrojů musí také terapeut dbát na to, aby nezvolil přehnané množství nástrojů. To by pak mohlo způsobit jednak přehlcení informacemi a také demotivaci klienta.

Výhodu tohoto nástroje spatřuji v jeho široké využitelnosti napříč profesemi i diagnózami. PZČ lze použít jak v sociálních službách, ve školství, tak i pro lepší fungování různých pracovních týmů (Rytmus, 2019). Nástroj se používá například v rámci tranzitního programu Asistence o.p.s. u lidí s tělesným a kombinovaným postižením (Anderlová a kol., 2014). Lze tedy předpokládat, že PZČ bude vhodné i pro lidi s ne plně rozvinutými kognitivními funkcemi (případně poškozenými kognitivními funkcemi) a se sníženou schopností komunikace.

Ve své praktické části jsem za pomoci tohoto nástroje pracovala s klientkou, která měla výraznou poruchu komunikace. Porušena byla receptivní i expresivní složka řeči, klientka byla schopna říct pouze ano nebo ne. Dále se vyjadřovala pomocí obrázků či gest, výjimečně si vzpomněla na některé ojedinělé slovo. I přes takto výraznou poruchu řeči bylo možné s klientkou za využití obrázků a některých vstupních informací stanovit cíle terapie.

U obou klientek se však v rámci použití PZČ podařilo stanovit spíše dlouhodobé cíle, kterých by bylo reálné dosáhnout minimálně v období jednoho roku. Příkladem může být porovnání cílů stanovených se mnou a cílů stanovených s ergoterapeutkou z lůžek včasné rehabilitace iktového centra u klientky s kazuistikou číslo 6. V rámci plánování PZČ bylo jako cíl stanoveno pasivní protahování horní končetiny tak, aby klientka byla poté sama schopna pasivně protáhnout prsty do extenze. Ergoterapeutka si však za cíl stanovila nejprve dosáhnout uvolnění šijových svalů a musculus pectoralis, aby ovlivnila patologické postavení horní končetiny v ramenním kloubu. Naplnění tohoto cíle bylo důležité jak pro ovlivnění postavení celé horní končetiny, tak pro umožnění lepší chůze. Až po dosažení určitého uvolnění jmenovaných svalů a zlepšení postavení horní končetiny v ramenním kloubu se ergoterapeutka měla v plánu zaměřit na protahování horní končetiny.

Dalším příkladem může být cíl stanovený s klientkou s kazuistikou číslo 5. Klientka si jako cíl zvolila návrat do bytu ve svém rodném městě. Pro plán v denním stacionáři však bylo

důležitější, aby zvládala činnosti, jež musí vykonávat sama za současného pobytu u svých dětí. Bylo tedy například důležitější zaměřit se v terapii na to, aby se klientka zvládla sama najíst přiborem než na to, zda zvládne úklid, když v současné době uklízet nemusí.

Obecně bylo velmi zajímavé srovnání práce s nástroji u klienta bez poruchy řeči a u klienta s afázií. V případě klienta s afázií jsem vždy musela mít více vstupních informací, s jejichž pomocí jsem pak zvládla klienta navést na to, jakým cílům by se mohla terapie věnovat. Navíc bylo také třeba ke komunikaci využít obrázky a daný nástroj tak modifikovat kvůli porušenému porozumění.

Každý z nástrojů má své silné i slabé stránky a lze jen obtížně určit, jaký z nich je ten nejvhodnější, protože při výběru musí být zohledněno mnoho kritérií. Skutečnost, že tyto nástroje poskytují odlišné výhody, mě přivedla na myšlenku, že by se u vhodných klientů dalo v průběhu intervence využít výhod každého z nich. Nejprve by se mohlo využít COPM pro identifikaci konkrétních problémů a jejich zhodnocení, z kterého by vyplynuly krátkodobé cíle. Poté by se identifikované problémy zakreslily do schématu řeky společně s klientovými vlastnostmi a prostředím. Tím by bylo umožněno pochopení problémů v širším kontextu. Při plánování dlouhodobých cílů by se pak dalo využít PZČ (například pro plánování návratu do práce).

Ať již použijeme kterýkoliv nástroj či případně jejich kombinaci, ve většině případů se objeví problémy přesahující rámec možností ergoterapeutické intervence. Proto je důležité, aby dobře fungoval interprofesní tým a klient byl léčen komplexně. Tato myšlenka je základem pro fungování koordinované rehabilitace (Švestková, 2017).

4. ZÁVĚR

Pro úspěšnou rehabilitaci klienta je stanovení cílů velice důležité. Způsobů, jak je stanovit, je mnoho. Tato práce si kladla za cíl porovnat tři vybrané nástroje pro stanovení individuálních cílů – COPM, Kawa model a PZČ, s nimiž se můžeme v rámci české ergoterapeutické praxe setkat nejčastěji. Šetření bylo zaměřeno na aplikaci těchto nástrojů u lidí se získaným poškozením mozku a následné zhodnocení vhodnosti použití nástrojů u těchto osob v závislosti na konkrétních následcích ZPM. Ze srovnání vyplývá, že každý nástroj má odlišné silné a slabé stránky i možnost využití u klientů s určitými následky ZPM. Každý nástroj se také liší způsobem, jak jsou cíle stanoveny. Z výsledného srovnání však nelze jednoznačně určit, jaký z nástrojů je obecně nejvhodnější a nejlépe využitelný, protože vždy záleží mimo jiné na schopnostech a vlastnostech klienta i terapeuta a také na stádiu klientova onemocnění.

Přínos této práce z mého pohledu spočívá ve vzniku materiálů, které poskytují srovnání nástrojů v určitých oblastech, upozornění a doporučení v souvislosti s jejich aplikací, informace ohledně využitelnosti a dostupnosti dalších materiálů, silné a slabé stránky nástrojů apod. Tyto materiály pak mohou ergoterapeuti dále využít ve své praxi, pokud se budou rozhodovat, jaký nástroj využít nebo se budou chtít dozvědět více informací o jednom z nástrojů.

Protože v práci měly být srovnány tři nástroje, nebylo možné se každému z nich věnovat až příliš detailně. Dle mého názoru by každý z nástrojů měl být tématem samostatné práce. V současné době již existují diplomové práce, které se věnují využití COPM a využití Kawa modelu, dle mé rešerše však stále ještě neexistuje diplomová práce, která by se samostatně věnovala aplikaci PZČ v rámci ergoterapie.

V praktické části této práce jsem se z části věnovala využitelnosti vybraných nástrojů pro afatické klienty. Myslím si, že žádný z nich nebyl pro tyto klienty tím ideálním nástrojem. Pro klienty s poruchou komunikace existují méně známé nástroje, například Talking Mats, které by dle článků použitých v mé práci měly být u těchto klientů lépe aplikovatelné. Dle mého názoru by v budoucnu mohla vzniknout práce, jež by se soustředila na stanovení cílů u afatických klientů a zkoumala možnost využití již zmíněného Talking Mats i dalších nástrojů určených pro afatické klienty.

5. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

About the COPM. *COPM: The Canadian Occupational Performance Measure* [online]. ©2019 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: <http://www.thecopm.ca/about/>

ANDERLOVÁ, Jana a kol. *Cestou necestou s Tranzitním programem: Metodika Tranzitního programu Asistence o.p.s.* Asistence o.p.s., 2014. Dostupné z: http://test.asistence.org/sites/default/files/metodika_tranzitni.pdf

AMBLER, Zdeněk, Josef BEDNAŘÍK a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-389-9.

AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 7. vyd. Praha: Galén, 2011, 351 s. ISBN 978-80-7262-707-3.

BHAT, Adi. *Quantitative Data: Definition, Types, Analysis and Examples. QuestionPro* [online]. ©2019 [cit. 2019-06-21]. Dostupné z: <https://www.questionpro.com/blog/quantitative-data/>

Brain Injury Overview. *Brain Injury Association of America* [online]. ©2019 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: <https://www.biausa.org/brain-injury/about-brain-injury/basics/overview>

Brain Tumors in Adults. *WebMD* [online]. ©2019 [cit. 2019-06-12]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/cancer/brain-cancer/brain-tumors-in-adults#1>

Data comparison: Overview of stroke burden and care in each EU and SAFE member country. *Stroke Alliance For Europe* [online]. ©2017 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: <https://strokeeurope.eu/data-comparison/results/?country1=Austria&country2=Czech+Republic&criteria=StrokeEpidemiology>

HOSKOVCOVÁ, Martina a kol. *Metodická příručka pro odborníky pracující v oblasti neurorehabilitace*. Praha: Erudis, 2014.

IWAMA, Michael K. et al. The Kawa model: The power of culturally responsive occupational therapy. *Disability and rehabilitation* [online] 2009, **31**(14), 1125-1135 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z:
https://www.researchgate.net/publication/26250510_The_Kawa_model_The_power_of_culturally_responsive_occupational_therapy

IWAMA, Michael. *The Kawa Model: Culturally Relevant Occupational Therapy*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, 2006. ISBN 978-0-443-10234-9.

JOU YIN, Teoh a Michael, IWAMA. *The Kawa Model Made Easy: a guide to applying the Kawa Model in occupational therapy practice*. 2.vyd. 2015. ISBN 978-967-13863-0-9.

KIM, Yangho a Jae Woo KIM. Toxic Encephalopathy. *Saf Health Work* [online]. 2012, 3(4), 243-256 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3521923/>

KOCMAN, David, 2009. Výsledky sociálního začleňování: vybrané nástroje pro sledování naplňování cílů podpory v sociálních službách a sociální začleňování pro lidi s potížemi v učení. In: *Pro změnu 2009: sborník z konference, konané ve dnech 1. - 2. října 2009 v Praze*. Praha: Quip – společnost pro změnu, 2010, s. 56-64. ISBN 978-80-903921-1-3.

KOLÁŘ, Pavel a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011, 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

KULHÁNKOVÁ, Tereza. Kawa model v ergoterapii. Praha, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Bc. Zuzana Rodová, M. Sc.

LAW, Mary et al. *Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání*. Přel. FUCHSOVÁ, Helena a Mária, KRIVOŠÍKOVÁ. 4.vyd. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, 2008. ISBN 978-80-254-2744-6.

LIŠKOVÁ, Kateřina a kol. *Neurorehabilitace - Jak se zorientovat?: Příručka pro osoby se získaným poškozením mozku*. Praha: Erudis, 2014.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 8024713624.

O'BRIEN, Connie Lyle a John O'BRIEN. *The Origins of Person-Centered Planning* [online]. 2000 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.502.8388&rep=rep1&type=pdf>

PAGE, Julie et al. Formulating goals in occupational therapy: State of the art in Switzerland. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2015, **22** (6), 403-415 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/278737698_Formulating_goals_in_occupational_therapy_State_of_the_art_in_Switzerland

PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2007, 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.

Plánování zaměřené na člověka. *Rytmus: pomáháme žít běžný život lidem s postižením* [online]. ©2019 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: <http://www.rytmus.org/clanek/planovani-zamerene-na-cloveka>

PLANT, Sarah E. et al. What are the barriers and facilitators to goal setting during rehabilitation for stroke and other acquired brain injuries? A systematic review and meta-synthesis. *Clinical Rehabilitation* [online]. 2016, **30**(9), 921-930 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4978164/>

POWELL, Trevor J. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál, 2010. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-667-4.

RAKOVCOVÁ, Hana a kol. Profesionální a neprofesionální intoxikace s postižením centrálního nervového systému v letech 2005–2009 z Národního registru nemocí z povolání a z dotazů Toxikologického informačního střediska. *Neurologie pro praxi* [online]. 2010, **11**(4), 216–219 [cit. 2019-06-12]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/04/03.pdf>

Reducing Your Risk. *The Internet Stroke Center: an independent web resource for information about stroke care and research* [online]. ©2019 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: <http://www.strokecenter.org/patients/stroke-treatment/reducing-your-risk/>

SMULL, Michael W. *Naslouchat, učit se, jednat: Výběr z textů Michaela W. Smulla o základním plánování životního stylu, seburčení a organizačních změnách* [online]. Přeložil a publikuje Quip: Společnost pro změnu. 2000 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: <http://www.rytmus.org/shared/clanky/787/Naslouchat,ucit%20se,%20jednat%20Smull.pdf>

STEVENS, Anita et al. The use of patient-specific measurement instruments in the process of goal setting: a systematic review of available instruments. *Clinical Rehabilitation* [online]. 2013, **27**(11), 1005-1019 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: <https://1url.cz/vMhVs>

STEVENS, Eleanor et al. *The Burden of Stroke in Europe: the Challenge for Policy Makers*. [2017]. Dostupné z: https://www.stroke.org.uk/sites/default/files/the_burden_of_stroke_in_europe_-_challenges_for_policy_makers.pdf

SUGAVANAM, Thavapriya et al. The effects and experiences of goal setting in stroke rehabilitation – a systematic review. *Disability and Rehabilitation* [online]. 2013, **35**(3), 177-190 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.690501>

Synapse. *Acquired brain injury: the facts* [online]. 5. vyd., 2016 [cit. 2019-06-12]. Dostupné z: https://synapse.org.au/media/143849/2016_abi_the_facts_digital.pdf

ŠVESTKOVÁ, Olga a kol. *Ergoterapie: skripta pro studenty bakalářského oboru Ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy*. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, [2013]. ISBN 978-80-260-4101-6.

ŠVESTKOVÁ, Olga a kol. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0084-2.

Understanding dysphagia. *Nestlé Health Science* [online]. ©2019 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: www.dysphagiaonline.com

Univerzita Palackého v Olomouci. *Poruchy řeči: fatické poruchy, afázie* [online]. 2012 [cit. 2019-06-12]. Dostupné z: <http://pfyziolmysl.upol.cz/?p=3884>

VOKURKA, Martin a kol. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 3., upr. vyd. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2032-9.

What is a TIA. *American Stroke Association: A division of the American Heart Association* [online]. ©2019 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: <https://www.strokeassociation.org/en/about-stroke/types-of-stroke/tia-transient-ischemic-attack/what-is-a-tia>

What is the Kawa model? *The Kawa Model: Culturally Relevant Occupational Therapy* [online]. ©2015 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: <http://www.kawamodel.com/v1/about/>

6. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL – Activities of Daily Living (aktivity denního života)

CMOP – Canadian Model of Occupational Performance (Kanadský model výkonu zaměstnávání)

CMP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervová soustava

COPM – Canadian Occupational Performance Measure (Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání)

GAS – Goal Attainment Scaling

LF UK – lékařská fakulta Univerzity Karlovy

MOHO – Model of Human Occupation (model lidského zaměstnávání)

PASS – Programová analýza systémů služeb

PGPL – Patient Goal Priority List

PZČ – Plánování zaměřené na člověka

SIGA – Self Identified Goals Assessment

TIA – tranzitorní ischemická ataka

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice

ZPM – získané poškození mozku

7. SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK

Obrázky:

Obr. č. 1.1. Schéma ergoterapeutického procesu	15
Obr. č. 8.1. Výsledek aplikace COPM u klienta č. 1, str. 1	94
Obr. č. 8.2. Výsledek aplikace COPM u klienta č. 1, str. 2	95
Obr. č. 8.3. Výsledek aplikace COPM u klienta č. 2, str. 1	96
Obr. č. 8.4. Výsledek aplikace COPM u klienta č. 2, str. 2	97
Obr. č. 8.5. Výsledek aplikace Kawa modelu u klienta č. 3	116
Obr. č. 8.6. Výsledek aplikace Kawa modelu u klienta č. 4	117
Obr. č. 8.7. Kartičky pro usnadnění vedení rozhovoru dle Kawa modelu: řeka	120
Obr. č. 8.8. Kartičky pro usnadnění vedení rozhovoru dle Kawa modelu: průřez korytem řeky	120
Obr. č. 8.9. Kartičky pro usnadnění vedení rozhovoru dle Kawa modelu: voda	121
Obr. č. 8.10. Kartičky pro usnadnění vedení rozhovoru dle Kawa modelu: koryto řeky (stěny a dno).....	121
Obr. č. 8.11. Kartičky pro usnadnění vedení rozhovoru dle Kawa modelu: kameny	122
Obr. č. 8.12. Kartičky pro usnadnění vedení rozhovoru dle Kawa modelu: dříví	122
Obr. č. 8.13. Kartičky pro usnadnění vedení rozhovoru dle Kawa modelu: prostory mezi překážkami	123
Obr. č. 8.14. Obrázky pro popis charakteru řeky	123
Obr. č. 8.15. Výsledek aplikace PZČ u klienta č. 5: Profil na jednu stranu	140
Obr. č. 8.16. Výsledek aplikace PZČ u klienta č. 5: Akční plán.....	141
Obr. č. 8.17. Výsledek aplikace PZČ u klienta č.6: Profil na jednu stranu	142
Obr. č. 8.18. Výsledek aplikace PZČ u klienta č. 6: Akční plán, str. 1	143
Obr. č. 8.19. Výsledek aplikace PZČ u klienta č. 6: Akční plán, str. 2.....	144
Obr. č. 8.20. Obrázky pro klienty s afázií, 1. část	150
Obr. č. 8.21. Obrázky pro klienty s afázií, 2. část	151
Obr. č. 8.22. Obrázky pro klienty s afázií, 3. část	152
Obr. č. 8.23. Obrázky pro klienty s afázií, 4. část	152

Tabulky:

Tab. č. 2.1. Srovnání reevaluací COPM u klienta č. 1	40
Tab. č. 8.1. Srovnání problematických oblastí u klienta č. 1	78
Tab. č. 8.2. Srovnání problematických oblastí u klienta č. 2	78
Tab. č. 8.3. Srovnání problematických oblastí u klienta č. 3	78
Tab. č. 8.4. Srovnání problematických oblastí u klienta č. 4	79
Tab. č. 8.5. Srovnání problematických oblastí u klienta č. 5	79
Tab. č. 8.6. Srovnání problematických oblastí u klienta č. 6	80

8. PŘÍLOHY

Příloha 1 – Srovnání problematických oblastí stanovených v rámci praktické části této práce a problematických oblastí, kterým se terapie věnovala

Příloha 2 – Kazuistiky klientů, u nichž bylo využito COPM

Příloha 3 – Výsledky aplikace COPM

Příloha 4 – Dotazníky klientů, u nichž bylo využito COPM

Příloha 5 – Přehled informací o COPM

Příloha 6 – Kazuistiky klientů, u nichž byl využit Kawa model

Příloha 7 – Výsledky aplikace Kawa modelu

Příloha 8 – Dotazníky klientů, u nichž byl využit Kawa model

Příloha 9 – Obrázky pro usnadnění práce s Kawa modelem

Příloha 10 – Přehled informací o Kawa modelu

Příloha 11 – Kazuistiky klientů, u nichž bylo využito PZČ

Příloha 12 – Výsledky aplikace PZČ

Příloha 13 – Dotazníky klientů, u nichž bylo využito PZČ

Příloha 14 – Přehled informací o PZČ

Příloha 15 – Obrázky pro klienty s afázií

Příloha 16 – Vzor informovaného souhlasu

Příloha 1 – Srovnání problematických oblastí stanovených v rámci praktické části této práce a problematických oblastí, kterým se terapie věnovala

Problematické oblasti stanovené s mou pomocí	Problematické oblasti, kterým se věnovala terapie
chůze (rovina, schody)	chůze (rovina, schody)
vstávání ze židle / ze země	vstávání ze židle / ze země
nošení věcí (jídla apod.)	nošení věcí (jídla apod.)
péče o sebe (oblékání, střihání nehtů, ...)	péče o sebe (oblékání, střihání nehtů, ...)
práce na počítači	–

Tab. č. 8.1. Srovnání problematických oblastí u klienta č. 1 (autor práce)

Problematické oblasti stanovené s mou pomocí	Problematické oblasti, kterým se věnovala terapie
zlepšení řeči	zlepšení řeči
zlepšení soběstačnosti v oblékání (trénink zapínání zipů a knoflíků)	zlepšení soběstačnosti v oblékání (trénink zapínání zipů a knoflíků)
psaní složitých slov (e-mail, ...)	grafomotorika
–	zvládání péče o psa
–	zvládání péče o zahradu
–	návrat k oblíbeným sportům (kolo, lyže, tenis, ...)

Tab. č. 8.2. Srovnání problematických oblastí u klienta č. 2 (autor práce)

Problematické oblasti stanovené s mou pomocí	Problematické oblasti, kterým se věnovala terapie
být schopná postarat se o rodinu, hlavně o děti	–
trénink soběstačnosti	trénink soběstačnosti (použití toalety, příprava jídla, přesuny, ...)
trénink jemné motoriky	grafomotorika
trénink stability	trénink stability a chůze bez pomůcky
zlepšit řeč	–
odstranit bariéry v bytě	odstranit bariéry v bytě

Tab. č. 8.3. Srovnání problematických oblastí u klienta č. 3 (autor práce)

Problematické oblasti stanovené s mou pomocí	Problematické oblasti, kterým se věnovala terapie
trénink psaní krátkých textových zpráv	najít logopeda pro domácí terapie
zrychlení chůze	–
–	nácvik soběstačnosti (oblékání, příprava jídla)
–	najít si aktivity pro volný čas a věnovat se jim

Tab. č. 8.4. Srovnání problematických oblastí u klienta č. 4 (autor práce)

Problematické oblasti stanovené s mou pomocí	Problematické oblasti, kterým se věnovala terapie
zlepšit jemnou motoriku a zmírnit třes levé ruky	zlepšit jemnou motoriku
zvládat úpravu zevnějšku	zvládat úpravu zevnějšku
vrátit se do svého bytu	nácvik soběstačnosti – zvládnout se najíst příborem
–	zvládat chůzi v rámci krátkých procházek
zvládat fyzickou zátěž	–
zlepšit řeč	–

Tab. č. 8.5. Srovnání problematických oblastí u klienta č. 5 (autor práce)

Problematické oblasti stanovené s mou pomocí	Problematické oblasti, kterým se věnovala terapie
umět říct, co si myslím a co potřebuji	stimulace porozumění (s logopedkou)
zlepšit hybnost pravé ruky tak, abych byla schopná narovnat prsty	ovlivnění patologického postavení v ramenním kloubu, terapie spasticity PHK
zlepšit hybnost pravé nohy tak, aby se zlepšila chůze	naučení správného pohybu pánve při chůzi, nácvik chůze po rovině
zvládnout chodit po schodech (cca 5 schodů)	—
zvládnout si pamatovat, co mám udělat a kde jsou věci, které potřebuji	—
umět vyhledávat zajímavosti a zprávy na počítači	—
umět ovládat pračku	—
zvládat placení účtů a manipulaci s penězi	—
zvládnout stěhování z panelového domu do rodinného domu	—

Tab. č. 8.6. Srovnání problematických oblastí u klienta č. 6 (autor práce)

Příloha 2 – Kazuistiky klientů, u nichž bylo využito COPM

KAZUISTIKA Č. 1

Datum vyšetření: 21. 1. 2019

Věk: 56 let

Pohlaví: muž

Diagnóza (dle MKN-10): I693 (stav po ischemické CMP)

Přidružené diagnózy: levostranná hemiparéza, neglect syndrom, paréza nervus facialis, porucha povrchového i hlubokého cití na LHK

Vznik onemocnění: 14. 6. 2018, cévní mozkové příhodě předcházela TIA

Předchozí rehabilitace: Ústřední vojenská nemocnice, RÚ Kladruby

Nynější onemocnění:

- St. po ischemické CMP
- Subluxace v ramenním kloubu LHK
- Dyslipidemie
- Trombofilní mutace – homozygot
- VAS s radikulární iritací L5/L4 vpravo

Osobní anamnéza:

- St. po operaci pravého kolene (ruptura menisku)
- Fraktura levého hlezna

Status praesens: Klient je orientovaný osobou, místem i časem.

Rodinná anamnéza: nevýznamná

Farmakologická anamnéza: Atoris (léčba vysokého cholesterolu), Vasopirin (lék na ředění krve), Itaken (antidepresivum), Verospiron (diuretikum), Trombex (lék na ředění krve), Prenessa (lék proti hypertenzi), Kapidin (lék proti hypertenzi), Rilmenidin (lék proti hypertenzi), Nalpasa (léčba příznaků refluxu jícnu), Novalgin při bolestech

Alergologická anamnéza: neuguje

Abusus: neuguje

Sociální anamnéza:

- Bydlí s manželkou a synem
- Sociální příspěvky: zatím zažádáno o příspěvek na péči, je na nemocenské

Bytová situace: činžovní dům, 3. patro, není zde výtah, před domem je plošina

Školní anamnéza: dosažené vzdělání – VŠ ekonomická

Pracovní anamnéza: auditor

Kompenzační pomůcky: čtyřbodová hůl, mechanický vozík, plošina, ortéza na rameno, podpažní váleček, zakroucené tkaničky

Zájmy a volnočasové aktivity: basketbal, čtení, být s přáteli

Smysly: zrak – výpadek zorného pole vlevo (hemianopsie)

Ergoterapeutické vyšetření**Kineziologický rozbor:**

Somatotyp: normostenik

Aspekce: LHK – flekční držení, LDK – extenční držení, váha těla na pravé straně, chůze cirkumdukci

Funkční vyšetření HKK:

Dominance: PHK

Patologie: LHK

Vzhled: bez deformit, otoků či změn koloritu

Držení: flekční držení

Taxe: přesná

Diadochokinéza: bpn

Rozsahy pohybu (orientačně):

PROM – v ramenním kloubu LHK lze provést flexi i abdukci nad horizontálu, plnému rozsahu pohybu brání bolest a subluxace v ramenním kloubu, extenze, zevní i vnitřní rotace je omezená bolestivostí ramene; pasivně lze provést supinaci, rozsah v loketním kloubu, v zápěstí a u jednotlivých kloubů ruky je bez omezení, PHK bez obtíží

AROM – v ramenním kloubu LHK nelze provést flexi ani abdukci nad horizontálu, rozsah extenze v ramenním kloubu je cca 10°, zevní i vnitřní rotaci lze provést do poloviny pohybu, nelze dosáhnout plné extenze v loketním kloubu, nelze provést dorzální flexi zápěstí, plegie prstů, PHK bez obtíží

Spasticita (orientačně): 3 (zřetelné zvýšení svalového tonu, pasivní pohyb je obtížný)

Jemná motorika: není možné provádění precizních pohybů a manipulace s drobnými předměty pomocí LHK

Úchopy: LHK – nelze provést, pouze naznačena fáze přiblížení a oddálení

Koordinace: špatná celková koordinace těla

Síla stisku (orientačně): na LHK výrazně snižena

Povrchové čítí: hypestezie pro taktilní čítí, termické čítí – nerozezná, algické čítí – cítí jako mrazení, dvoubodová diskriminace – kolem ramene nepozná, předloktí citlivější

Hluboké čítí: hypestezie pro vibrační čítí, polohocit – přibližně rozezná, pohybovit – nerozezná

Bolesti: levé rameno (subluxace levého ramene)

Mobilita, lokomoce:

- Otáčení na lůžku zvládá
- Posazování, vstávání – problém v technice provedení
- Stoj nestabilní
- Chodí o čtyřbodové holi
- Schody – přidržuje se zábradlí

Vyšetření kognitivních funkcí:

- klient je orientovaný
- psychomotorické tempo v normě
- problém s krátkodobou pamětí (v testu MoCA si dokázal zapamatovat jen jedno slovo z pěti) i s dlouhodobou pamětí
- problém s exekutivními funkcemi (v testu MoCA nebyl schopen správně provést zkrácený test cesty, ani kreslení hodin)
- dle MoCA testu problém se slovní produkcí – nebyl schopen dosáhnout minimálního počtu vybavených slov pro přidělení bodů (tj. 11 slov za minutu)
- pozornost bez problému
- problém s náhledem
- organický psychosyndrom
- i přes přítomnost výrazných obtíží v oblasti kognitivních funkcí klient tyto obtíže popírá a nechce se jim v terapii věnovat

Komunikace a spolupráce: Komunikace i spolupráce s klientem je často ovlivněna organickým psychosyndromem. Klient je zamlklý, na dotazy odpovídá velmi stručně a je zřejmé, že o svých problémech hodně přemýšlí. Při terapiích má tendenci být zbrklý a být se vším rychle hotov.

Soběstačnost:

Personální ADL (BI):

Příjem potravy: s pomocí (potřebuje pomoc s krájením, jinak se nají jednou rukou)

Oblékání: s pomocí (oblékne dolní polovinu těla – občas obtíže s vytáhnutím kalhot, potřebuje pomoc při oblékání trika s dlouhým rukávem a při oblékání a zapínání bundy)

Koupání: s pomocí (pomoc s utřením se do ručníku)

Osobní hygiena: s pomocí (sám si vyčistí zuby a učeše se, obličeji si opláchne jednou rukou, potřebuje pomoc s holením a stříháním nehtů)

Kontinence moči: plně kontinentní

Kontinence stolice: plně kontinentní

Použití WC: samostatně bez pomoci (ale občas má problém s vytáhnutím kalhot)

Přesun lůžko-židle: s malou pomocí (potřebuje se přidržovat kvůli stabilitě)

Chůze po rovině: s pomocí 50 m (používá čtyřbodovou hůl)

Chůze po schodech: s pomocí (přidrží se zábradlí)

Instrumentální ADL

Funkční komunikace: telefonování – **samostatně**, PC – **s pomocí** (pomoc s ovládáním počítače)

Transport: s pomocí druhé osoby (manželka ho vozí autem)

Nakupování: s pomocí druhé osoby (chodí nakupovat s manželkou)

Vaření: nevaří (ani dříve nevařil)

Domácí práce: prací v domácnosti se neúčastní

Práce kolem domu (sekání trávníku apod.): neprovádí

Užívání léků: užívá, pokud jsou připraveny a připomenuty (připravuje manželka)

Finance: neprovede (spravuje manželka)

Silné stránky: není přítomna porucha řeči, klient je motivovaný ke zlepšení chůze, podpora rodiny, zvládne sám některé činnosti z oblasti soběstačnosti (příjem jídla, pokud je jídlo nakrájené; použití WC, s oporou zvládne přesun lůžko – židle, zvládá chůzi po rovině a po schodech, také sám zvládne používat telefon)

Slabé stránky: klient je hodně úzkostný, organický psychosyndrom, problém s náhledem na vlastní aktuální zdravotní situaci, omezená hybnost levostranných končetin, porucha povrchového i hlubokého citu na LHK, neglect syndrom, výrazné potíže v oblasti kognitivních funkcí a zároveň odmítání těchto obtíží, velká závislost v oblasti soběstačnosti (potřebuje pomoc druhé osoby při oblékání, utření po koupání, při některých úkonech osobní hygieny, používání PC, sám neprovede nakupování, transport, vaření, domácí práce a práce okolo domu, užívání léků a spravování financí)

Cíl klienta: zlepšit chůzi

Dlouhodobý cíl a plán:

1) Do půl roku bude klient schopen zvládat chůzi bez pomůcky, nebo s jinou pomůckou (např. jednobodová hůl) v takové rychlosti, aby s ní byl spokojen.

- terapie spasticity na DK – terapie s fyzioterapeutem
- cvičení na stabilitu + stabilometrická plošina
- trénink chůze bez pomůcky, nejprve s pomocí druhé osoby, poté bez pomoci
- trénink rychlosti chůze – měření času, za který klient ujde určenou trasu

Krátkodobý cíl a plán:

1) Do dvou měsíců bude klient schopen obléknout si triko s dlouhým rukávem, obléct a zapnout si bundu a vytáhnout si kalhoty.

- zvolení správné techniky, jak tyto úkony provést, edukace a trénink zvolené techniky
- ovlivnění spasticity na LHK i LDK – PANat dlahy, techniky měkkých tkání, facilitace, pasivní a poté i aktivní cvičení
- zvážení výběru kompenzačních pomůcek (modifikace zipu, podavač, ...)

2) Do dvou měsíců bude klient schopen si sám přenést věci potřebné pro terapii z jedné místnosti do druhé.

- ovlivnění spasticity na HK – PANat dlahu, techniky měkkých tkání, facilitace, pasivní a poté i aktivní cvičení
- trénink úchopů
- zvolení správné techniky, jakým způsobem věci nosit, edukace a trénink zvolené techniky
- případné zvážení výběru kompenzačních pomůcek

Závěr: Klient, 56 let, po ischemické cévní mozkové příhodě. Má levostrannou hemiparézu s poruchou povrchového i hlubokého citu na LHK a přítomným neglect syndromem. Pohyb levostranných končetin je výrazně omezen, pohyb levé horní končetiny v ramenním kloubu je komplikován přítomnou subluxací. Oblast kognitivních funkcí je výrazně narušena (porucha krátkodobé i dlouhodobé paměti, exekutivních funkcí, slovní produkce i náhledu na svou situaci), ale klient se jim v terapiích věnovat nechce a přítomné problémy si odmítá připustit. V oblasti soběstačnosti je závislý v mnoha činnostech na pomoci druhé osoby (krájení jídla, oblékání, utření po koupání, některé úkony osobní hygieny, používání PC, nakupování, transport, vaření, provádění domácích prací a prací okolo domu, užívání léků a spravování financí). Klient zvládá chůzi s čtyřbodovou holí. Komunikace i spolupráce s klientem je často ovlivněna organickým psychosyndromem. Klient je zamlklý, na dotazy odpovídá velmi stručně a je zřejmé, že o svých problémech hodně přemýšlí. Při terapiích má tendenci být zbrklý a být se vším rychle hotový.

Doporučení: Doporučuji se zaměřit na terapii spasticity LHK i LDK, trénink vybraných činností z oblasti ADL (oblékání trika s dlouhým rukávem, oblékání a zapínání bundy, vytáhnutí kalhot) a na trénink chůze. Do terapie by měl být rovněž zahrnut trénink nošení věcí potřebných pro terapii. Terapie by se také měla věnovat porušeným kognitivním funkcím (krátkodobá i dlouhodobá paměť, exekutivní funkce, slovní produkce), kterou klient odmítá.

KAZUISTIKA Č. 2

Datum vyšetření: 18. 4. 2019

Věk: 67 let

Pohlaví: muž

Diagnóza (dle MKN-10): I693 (stav po ischemické CMP)

Přidružené diagnózy: pravostranná hemiparéza, Brocova afázie, verbální apraxie

Vznik onemocnění: 24. 7. 2016

Předchozí rehabilitace: FN Motol, RN Beroun (stále dochází 1x týdně na logopedii)

Nynější onemocnění:

- následky akutní ischemické CMP
- arteriální hypertenze
- smíšená hyperlipidémie

Osobní anamnéza:

- před více než 11 lety erysipel (růže) na LDK
- 2012 trombóza LDK
- klient má kardiostimulátor

Status praesens: Klient je orientovaný osobou, místem i časem.

Rodinná anamnéza: nevýznamná

Farmakologická anamnéza: Controloc (lék snižující tvorbu kyseliny v žaludku), Keppra (antiepileptikum), Sertivan (antidepresivum), Sortis (upravuje hladinu lipidů v těle), Eliquis (antikoagulancium), Trittico (antidepresivum)

Alergologická anamnéza: neguje

Abusus: neguje

Sociální anamnéza:

- ženatý, má syna
- bydlí s rodinou
- sociální příspěvky: starobní důchod

Bytová situace: činžovní dům, 1. patro, bez výtahu, cca 20 schodů

Školní anamnéza: dosažené vzdělání – VŠ

Pracovní anamnéza: pracoval jako manažer, nyní v důchodu

Kompenzační pomůcky: jednobodová hůl, brýle na blízko

Zájmy a volnočasové aktivity: šachy (hraje je se svými kamarády), řízení auta (ŘP má, ale necítí potřebu umět znovu řídit), politika; dříve tenis, lyžování, běžky, běh

Smysly: zrak – dalekozrakost

Ergoterapeutické vyšetření**Kineziologický rozbor:**

Somatotyp: normostenik

Aspekce: PHK i PDK ve spastickém vzorci, mírná anteroflexe trupu, hlava mírně v protrakci

Funkční vyšetření HKK:

Dominance: PHK

Patologie: PHK

Vzhled: bez deformit, otoků či změn koloritu

Držení: PHK – addukce a vnitřní rotace v ramenním kloubu, semiflexe v loketním kloubu, zápěstí v palmární flexi, prsty ve flexi

Taxe: LHK – přesná, PHK – nelze provést

Diadochokinéza: nelze provést

Rozsahy pohybu (orientačně): LHK – bez omezení

PHK – PROM – omezení pohybů v ramenním kloubu nad horizontálu

- AROM – v ramenním a loketním kloubu pouze naznačen, chybí supinace předloktí a dorzální flexe ruky, plegie prstů

Spasticita (dle modifikované Ashworthovy škály): 3 (zřetelné zvýšení svalového tonu, pasivní pohyb je obtížný)

Jemná motorika: není možné provádění precizních pohybů a manipulace s drobnými předměty pomocí PHK

Úchopy: PHK nejde provést, LHK bez obtíží

Koordinace: nelze zjistit

Svalová síla (orientačně): na PHK snížená

Povrchové cití: na PHK hypestezie pro všechny kvality cití

Hluboké cití: bpn

Mobilita, lokomoce:

- otáčení na lůžku, posazování a sed zvládá
- stoj je nestabilní
- chůze s oporou (jednobodová hůl)
- chůze po schodech – přidržuje se zábradlí

Vyšetření kognitivních funkcí:

- klient je orientovaný
- psychomotorické tempo v normě
- dle vyšetření neuropsychologa: paměť – okamžité vybavení v extrémním podprůměru, schopnost oddáleného vybavení zachována; exekutivní funkce výrazně oslabeny
- dle MoCA testu problém se slovní produkcí (kvůli afázii) – nebyl schopen dosáhnout minimálního počtu vybavených slov pro přidělení bodů (tj. 11 slov za minutu)

Řeč: Brocova afázie, verbální apraxie

- setřelá artikulace
- vyjadřování v krátkých větách, slabikování slov
- pokud klient neví, jak má slovo říct, snaží se ho napsat – často však dochází k záměně některých hlásek
- porozumění řeči je dobré
- krátké texty čte s porozuměním

Komunikace a spolupráce: Klient velmi dobře spolupracuje a při terapiích se snaží. Komunikace je narušená afázií, ale klient se snaží vždy sdělit, co chce říct.

Soběstačnost:

Personální ADL

Příjem potravy: s pomocí (potřebuje pomoc s krájením)

Oblékání: s pomocí (dolní polovinu těla si zvládne obléknout, ale potřebuje pomoc se zavázáním tkaniček, zapínáním zipů a knoflíků, obtíže při oblékání trika a bundy)

Koupání: s pomocí (klient se sprchuje ve stoje; stoj je nestabilní, proto potřebuje oporu druhé osoby (sedačku do vany nechce))

Osobní hygiena: samostatně (vše provádí levou rukou)

Kontinence moči: plně kontinentní

Kontinence stolice: plně kontinentní

Použití WC: samostatně bez pomoci

Přesun lůžko-židle: s malou pomocí (potřebuje se přidržovat kvůli stabilitě)

Chůze po rovině: s pomocí 50 m (používá jednobodovou hůl)

Chůze po schodech: s pomocí (přidrží se zábradlí)

Instrumentální ADL

Funkční komunikace: telefonování – samostatně, PC – s pomocí (pomoc s vyhledáváním informací kvůli afázii)

Transport: s pomocí druhé osoby (manželka ho vozí autem)

Nakupování: s pomocí druhé osoby (chodí nakupovat s manželkou)

Vaření: nevaří (ani dříve nevařil)

Domácí práce: příliš neprovádí, ale zkoušel zametat (otázkou je kvalita provedení)

Práce kolem domu: zkoušel pouze stříhat keře (otázkou je kvalita provedení)

Užívání léků: užívá, pokud jsou připraveny a připomenuty (připravuje manželka)

Finance: neprovede (spravuje manželka)

Silné stránky: umí se vyjádřit v krátkých větách (i když s chybami), dobré porozumění řeči, krátké texty čte s porozuměním, dobrá komunikace a spolupráce; snaha udržet si alespoň ty zájmy, kterým se může věnovat; zvládne samostatně použít toaletu, zvládne samostatně provést osobní hygienu (ale pouze levou rukou), zvládá telefonování, zkouší provádět domácí práce a práce okolo domu, zvládne chodit s jednobodovou holí

Slabé stránky: verbální apraxie, setřelá artikulace, záměna hlásek při psaní, obtíže s produkcí řeči, výrazně omezená hybnost pravé ruky, omezená hybnost pravé nohy, na PHK hypestezie pro všechny kvality čítí, oslabené exekutivní funkce, výrazné problémy s pamětí v oblasti oddáleného vybavení, potřebuje pomoc s příjmem jídla (pomoc s krájením), se zavázáním tkaniček, zapínáním zipů a knoflíků, obtíže při oblékání trika a bundy, pomoc druhé osoby při koupání (opora při stoji), pomoc při používání počítače, transportu, nakupování, při provádění domácích prací a prací okolo domu, užívání léků a správě financí

Cíl klienta: zlepšit řeč

Dlouhodobý cíl a plán:

1) Do půl roku bude klient schopen zvládat péči o psa (chodit s ním na procházky, krmit ho, ...).

- zlepšení chůze – terapie spasticity na PDK s fyzioterapeutem, cvičení na stabilitu + stabilometrická plošina
- ovlivnění spasticity na PHK – PANat dlaha, techniky měkkých tkání, facilitace, pasivní a poté i aktivní cvičení, prolongovaný strečink
- trénink jednotlivých úkonů v rámci modelových činností

2) Do roka se u klienta zlepší artikulace řeči tak, aby mu bylo dobře rozumět.

- oromotorická cvičení
- orofaciální stimulace
- docházení k logopedovi

3) Do půl roku si klient zvládne zapnout zip a zavázat tkaničky.

- zvolení správné techniky, jak tyto úkony provést, edukace a trénink zvolené techniky
- ovlivnění spasticity na PHK – PANat dlaha, techniky měkkých tkání, facilitace, pasivní a poté i aktivní cvičení
- zvážení výběru kompenzačních pomůcek (speciální tkaničky, modifikace zipu)

Krátkodobý cíl a plán:

1) Do jednoho měsíce si klient zvládne obléknout triko s dlouhým rukávem.

- edukace o správném oblékání trika u lidí s hemiparézou
- zkoušení oblékání trika s dlouhým rukávem
- ovlivnění spasticity PHK – PANat dlaha, techniky měkkých tkání, facilitace, pasivní a poté i aktivní cvičení

2) Do dvou měsíců se zlepší klientova schopnost psát levou rukou tak, že klient bude schopen psát optimálně velká písmena, zlepší se jeho rychlost při psaní a bude schopen si pravou rukou při psaní držet papír.

- trénink jemné motoriky
- cvičení na uvolnění zápěstí i prstů
- grafomotorická cvičení – nejprve kreslit různé tvary na velké papíry, poté zmenšovat, zkusit kreslit i ve stoje
- trénink psaní jednotlivých písmen, poté i slov

Závěr: Klient, 67 let, po ischemické cévní mozkové příhodě. Klient má pravostrannou hemiparézu s výrazným omezením hybnosti na pravé horní i dolní končetině. Na pravé horní končetině je rovněž přítomna hypestezie pro všechny kvality povrchového cití. Klient je schopen chůze o jednobodové holi. Výrazně jsou zasaženy kognitivní funkce, kde se vyskytuje problém s oddáleným vybavením a v oblasti exekutivních funkcí. V oblasti soběstačnosti potřebuje pomoc s příjmem jídla (pomoc s krájením), zavázáním tkaniček, zapínáním zipů a knoflíků, vyskytují se obtíže při oblékání trika a bundy, pomoc druhé osoby potřebuje při koupání (opora při stoji), při používání počítače, transportu, nakupování, při provádění domácích prací a prací okolo domu, užívání léků a správě financí. Klient velmi dobře spolupracuje a při terapiích se snaží. I když se klient vždy snaží co nejlépe vyjádřit to, co chce říct, komunikace je z části narušená afázií. Projevuje se verbální apraxie, setřelá artikulace, záměna hlásek při psaní. Porozumění řeči je však dobré.

Doporučení: Doporučuji se zaměřit na terapii spasticity a trénink vybraných činností z oblasti ADL (chůze, zapínání zipů, zavazování tkaniček, oblékání trika s dlouhým rukávem). Dále by se terapie měla také zaměřit na nácvik grafomotoriky. Klient by měl dále pokračovat v docházení k logopedovi.

Příloha 3 – Výsledky aplikace COPM

Obr. č. 8.1. Výsledek aplikace COPM u klienta č. 1, str. 1 (Law et al.)

Krok 1: URČENÍ JEDNOTLIVÝCH OBLASTÍ A PROBLÉMŮ VE VÝKONU ZAMĚŠTNÁVÁNÍ		Krok 2: STUPEŇ VÝZNAMU A DŮLEŽITOSTI
<p>Aby jste určili problémy, oblasti a otázky týkající se výkonu zaměstnávání, ptejte se klienta na denní činnosti v oblasti osobní péče, produktivity a volného času. Požádejte klienta, abys určit denní činnosti, které chce dělat, potřebuje dělat a které se od něho očekávají. Doporučte mu při tom myslet na běžný den. Potom požádejte klienta, aby určit, které z těchto aktivit je pro něj náročně vykonávat k vlastní spokojenosti. Zaznamenejte problémy v těchto činnostech v kroku 1A, 1B, 1C</p>		<p>Za použití uvedeného skórovacího formuláře požádejte klienta, aby obodoval na stupnici od 1 do 10 důležitost každé činnosti uvedené v bodech 1 A, B, C, kdy: 1 = není důležité 10 = extrémně důležité, neobejdete se bez toho</p>
Krok 1A: Osobní péče	<p>neplácání rukou na WC</p> <p>Osobní péče (oblékání, osobní hygiena, jedení, koupel)</p> <p>Funkční mobilita (přesuny v interieru a exteriuru)</p> <p>Dostupnost služeb (doprava, nákupy, finance)</p>	<p>9</p> <p>5</p> <p>7</p> <p>2</p> <p>10</p> <p>(10)</p> <p>10</p> <p>2</p>
Krok 1B: Produktivita	<p>Placená/neplacená práce (hledání a udržení práce, dobrovolnictví)</p> <p>Domácí práce (úklid, vaření, praní)</p> <p>Hra/škola (herní schopnosti, učení, mimoškolní činnosti)</p>	<p>10</p> <p>1</p> <p>10</p> <p>10</p> <p>10</p> <p>10</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
Krok 1C: Volný čas	<p>Klidná rekreace (ruční práce, čtení, koníčky)</p> <p>Aktivní rekreace (sporty, turistika, cestování)</p> <p>Socializace (návštěvy, telefonáty, dopisování)</p>	<p>1</p> <p>10</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>9</p>

Krok 3 a 4: BODOVÁNÍ Krok 3: VSTUPNÍ HODNOCENÍ Krok 4: REEVALUACE				
<p>Ujasněte si s klientem 5 nejdůležitějších problémů a запиšte je dole. S použitím bodovacích formulářů požádejte klienta, aby u každého problému ohodnotil svůj aktuální výkon při provádění dané činnosti a svou spokojenost s tímto výkonem.</p> <p>Celkové skóre spočítáte součtem všech hodnot bodového ohodnocení výkonu a vydělením počtem problémů (aritmetický průměr), stejně spočítáte i celkové skóre spokojenosti.</p>				
Problémy ve výkonu zaměstnávání:	Vstupní hodnocení:		Reevaluace:	
	výkon	spokojenost	výkon	spokojenost
1. péče o sebe (čistota, oblečení)	2	6	3	6
2. nošení oblečení (jídlo...)	1	2	8	3
3. chůze (novina, obchod)	2	2	4	2
4. odvození se z dle ká	1	1	3	1
5. práce na PC	5	2	1	1
Celkové skóre: Podíl součtu skóre výkonu nebo spokojenosti a počtu problémů.	Celkové skóre výkon 1 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">2,2</div>	Celkové skóre spokojenost 1 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">2,6</div>	Celkové skóre výkon 2 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">5</div>	Celkové skóre spokojenost 2 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">2,6</div>
Změna ve výkonu: (celkové skóre výkonu 1 – výkon 2)				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">2,8</div>
Změna ve spokojenosti: (celkové skóre spokojenosti 1 – spokojenost 2)				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">0</div>
POZNÁMKY:				

Obr. č. 8.3. Výsledek aplikace COPM u klienta č. 2, str. 1 (Law et al.)

Krok 1: URČENÍ JEDNOTLIVÝCH OBLASTÍ A PROBLÉMŮ VE VÝKONU ZAMĚSTNÁVÁNÍ		Krok 2: STUPEŇ VÝZNAMU A DŮLEŽITOSTI
<p>Aby jste určili problémy, oblasti a otázky týkající se výkonu zaměstnávání, ptejte se klienta na denní činnosti v oblasti osobní péče, produktivity a volného času. Požádejte klienta, aby určil denní činnosti, které chce dělat, potřebuje dělat a které se od něho očekávají. Doporučte mu při tom myslet na běžný den. Potom požádejte klienta, aby určil, které z těchto aktivit je pro něj náročně vykonávat k vlastní spokojenosti. Zaznamenejte problémy v těchto činnostech v kroku 1A, 1B, 1C</p>		<p>Za použití uvedeného skórovacího formuláře požádejte klienta, aby obodoval na stupnici od 1 do 10 důležitost každé činnosti uvedené v bodech 1 A, B, C, kdy: 1 = není důležité 10 = extrémně důležité, neobejdete se bez toho</p>
Krok 1A: Osobní péče		
Osobní péče (oblékání, osobní hygiena, jedení, koupel)	<p>řezání, umývání</p> <p>obloučení</p> <p>umývání</p> <p>řezání</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>4</p> <p>4</p>
Funkční mobilita (přesuny v interieru a exterieuru)	<p>čistění - práce, řezání - práce</p> <p>čistění - práce - práce</p>	<p>1, 1</p> <p>1</p>
Dostupnost služeb (doprava, nákupy, finance)	<p>úprava - práce</p> <p>úprava - práce</p>	<p>1</p> <p>2</p>
Krok 1B: Produktivita		
Placená/neplacená práce (hledání a udržení práce, dobrovolnictví)	<p>práce - práce - práce - práce</p> <p>práce - práce - práce - práce</p> <p>práce - práce - práce - práce</p>	<p>5</p> <p>1</p> <p>5</p>
Domácí práce (úklid, vaření, praní)	<p>práce - práce - práce - práce</p> <p>práce - práce - práce - práce</p> <p>práce - práce - práce - práce</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>10</p>
Hra/škola (herní schopnosti, učení, mimoškolní činnosti)	<p>práce - práce - práce - práce</p> <p>práce - práce - práce - práce</p> <p>práce - práce - práce - práce</p>	<p>1</p> <p>10</p> <p>1</p>
Krok 1C: Volný čas		
Klidná rekreace (ruční práce, čtení, koníčky)		
Aktivní rekreace (sporty, turistika, cestování)		
Socializace (návštěvy, telefonáty, dopisování)		

Obr. č. 8.4. Výsledek aplikace COPM u klienta č. 2, str. 2 (Law et al.)

Krok 3 a 4: BODOVÁNÍ Krok 3: VSTUPNÍ HODNOCENÍ Krok 4: REEVALUACE				
Ujasněte si s klientem 5 nejdůležitějších problémů a запиšte je dole. S použitím bodovacích formulářů požádejte klienta, aby u každého problému ohodnotil svůj aktuální výkon při provádění dané činnosti a svou spokojenost s tímto výkonem. Celkové skóre spočítáte součtem všech hodnot bodového ohodnocení výkonu a vydělením počtem problémů (aritmetický průměr), stejně spočítáte i celkové skóre spokojenosti.				
Problémy ve výkonu zaměstnávání:	Vstupní hodnocení:		Reevaluace:	
	výkon	spokojenost	výkon	spokojenost
1. <i>mluvením</i>	<u>5</u>	<u>7</u>	<u>7</u>	<u>9</u>
2. <i>psaní do věcí</i>	<u>6</u>	<u>5</u>	<u>8</u>	<u>8</u>
3. <i>čtení knih</i>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>9</u>	<u>9</u>
4. <i>čtení novin</i>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
5. <i>oblékání</i>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
Celkové skóre: Podíl součtu skóre výkonu nebo spokojenosti a počtu problémů.	Celkové skóre výkon 1 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center; margin: 0 auto;">4</div>	Celkové skóre spokojenost 1 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center; margin: 0 auto;">4,3</div>	Celkové skóre výkon 2 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center; margin: 0 auto;">8</div>	Celkové skóre spokojenost 2 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center; margin: 0 auto;">8,6</div>
Změna ve výkonu: (celkové skóre výkonu 1 – výkon 2)				<div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center; margin: 0 auto;">4</div>
Změna ve spokojenosti: (celkové skóre spokojenosti 1 – spokojenost 2)				<div style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center; margin: 0 auto;">4,3</div>
POZNÁMKY:				

Příloha 4 – Dotazníky klientů, u nichž bylo využito COPM

Dotazník k zhodnocení vybraného nástroje

Kazuistika pod číslem: 1

Diagnóza: ischemická CMP

Nástroj: COPM

Datum: 21. 1. 2019

Čas strávený prací s tímto nástrojem: 1 hodina

1) Pracovalo se Vám s tímto nástrojem dobře?

Ano

2) Ohodnoťte prosím na stupnici od 1 do 10, jak moc náročné pro Vás bylo pracovat s tímto nástrojem (1 = vůbec, 10 = nezvládnutelné).

1

3) Setkal/a jste se někdy předtím s tímto nebo jiným nástrojem pro stanovení cílů v terapii? Kde?

Ne

4) Je podle Vás dobré, když se podílíte na stanovení cílů?

Ano. Na druhou stranu je potřeba, aby mě někdo korigoval, aby cíle nebyly přehnané.

5) Kolik času byste byl/a ochoten/na strávit stanovením cílů?

1 hodinu

Dotazník k zhodnocení vybraného nástroje

Kazuistika pod číslem: 2

Diagnóza: ischemická CMP

Nástroj: COPM

Datum: 18. 4. 2019

Čas strávený prací s tímto nástrojem: 1 hodina

1) Pracovalo se Vám s tímto nástrojem dobře?

Ano

2) Ohodnoťte prosím na stupnici od 1 do 10, jak moc náročné pro Vás bylo pracovat s tímto nástrojem (1 = vůbec, 10 = nezvládnutelné).

1

3) Setkal/a jste se někdy předtím s tímto nebo jiným nástrojem pro stanovení cílů v terapii? Kde?

Ne

4) Je podle Vás dobré, když se podílíte na stanovení cílů?

Ano

5) Kolik času byste byl/a ochoten/na strávit stanovením cílů?

2 hodiny

Příloha 5 – Přehled informací o COPM

STANDARDIZOVANÝ:	Ano
POMŮCKY:	metodika COPM s příloženými škálami na kartičkách, formulář pro zaznamenávání problémových oblastí a jejich hodnocení
ČASOVÁ NÁROČNOST:	max. 60 minut (dle metodiky zabere administrace zkušenému terapeutovi cca 15-30 minut)
VHODNÉ PRO:	<ul style="list-style-type: none">– klienty bez kognitivních problémů (lze však využít i u klientů, u nichž máme podezření, že nemají náhled na svou situaci, abychom potvrdili, zda je tato hypotéza pravdivá)– klienty s lehkou afázií, kde není narušena receptivní složka řeči a výrazněji narušena expresivní složka řeči (viz klient č. 2)– klienty, u nichž chceme sledovat zlepšení v oblasti výkonu a spokojenosti s výkonem, které bude přesně číselně vyjádřené
NEVHODNÉ PRO:	<ul style="list-style-type: none">– afatické klienty s těžkou poruchou receptivní i expresivní složky řeči (lze využít náhradního respondenta, ale hodnocení a výběr položek může být zkreslený, protože se v tomto případě nejedná o přímé hodnocení klientem)– klienty bez náhledu na vlastní situaci (pokud nástroj použijete, je nutné si uvědomit, že hodnocení položek nemusí být směrodatné)

CENA:	<ul style="list-style-type: none"> – do českého jazyka přeložené 3. vydání manuálu dostupné z odkazu thecopm.ca/buy/translations/, lze zakoupit za \$40 (v přepočtu cca 900 Kč) – 4. vydání manuálu lze získat zdarma za plné členství v ČAE; u přidruženého členství, studentského členství nebo u sníženého členského příspěvku lze obdržet metodiku za členský příspěvek navýšený o 150 Kč (ergoterapie.cz/clenstvi/)
VZDĚLÁVÁNÍ:	<ul style="list-style-type: none"> – metodika COPM – na stránce thecopm.ca/learn/ jsou přístupná online videa s popisem jednotlivých kroků při administraci COPM – na té samé stránce lze dohledat také články s návodem na použití COPM u konkrétních případů (např. u dětí, u cizinců apod.) – za určitý poplatek je také možné absolvovat online výukový modul (http://www.thecopm.ca/buy/copm-learning-module/)
CO NÁSTROJEM ZJISTÍME:	<ul style="list-style-type: none"> – zaměstnávání důležitá pro klienta, výkon a spokojenost s výkonem těchto zaměstnávání
NA ČEM JE ZALOŽEN:	<ul style="list-style-type: none"> – na hodnocení důležitosti, výkonu a spokojenosti s výkonem u jednotlivých zaměstnávání

+ SILNÉ STRÁNKY:

- hodnocení důležitosti – klient sám určuje, jaké cíle jsou pro něj důležité
 - hodnocení výkonu a spokojenosti s výkonem – cenné informace pro terapeuta
 - přesná číselná hodnocení v jednotlivých oblastech (konkrétnější informace pro terapeuta)
 - k dispozici jsou volně dostupná instruktážní videa, jak provádět administraci
 - v metodice COPM je k dispozici přehledný seznam zaměstnávání, aby terapeut na žádnou položku nezapomněl
 - není časově náročné
-

- SLABÉ STRÁNKY:

- ne vždy nám klientovo hodnocení poskytne informace o tom, jak je to ve skutečnosti
- chybějící možnost podpory klienta při stanovení cílů (např. na rozdíl od Kawa modelu, kde jsou identifikovány i pozitivní vlastnosti apod.)
- nejasná modifikace škál dle metodiky – v metodice je například uvedeno, že se dají hodnotící škály modifikovat u osob s kognitivní poruchou, ale není zde uveden konkrétní příklad
- chybějící položky v seznamu zaměstnávání – ačkoliv seznam není konečný a terapeut může jednotlivé položky doplňovat, některé základní položky zde chybí (například česání u osobní hygieny), terapeut tak na ně může snadno zapomenout

DOPORUČENÍ:

- U některých klientů může být obtížné, ať již z hlediska řečových či psychických problémů, popsat svůj běžný den. Proto je vhodnější začít se rovnou doptávat na jednotlivé položky v seznamu zaměstnávání.
- U klientů s tendencí k zabíhavosti a detailnímu popisu všech problémů je lepší vynechat popis běžného dne a ptát se rovnou na cíle klienta.

ODKAZY:

- <http://www.thecopm.ca/>
- <http://www.thecopm.ca/buy/translations/>
- <http://ergotherapie.cz/clenstvi/>
- <http://www.thecopm.ca/buy/copm-learning-module/>
- <http://www.thecopm.ca/learn/>

Příloha 6 – Kazuistiky klientů, u nichž byl využit Kawa model

KAZUISTIKA Č. 3

Datum vyšetření: 18. 4. 2019

Věk: 45 let

Pohlaví: žena

Diagnóza (dle MKN-10): D331 – nezhoubný novotvar – mozek infratentoriální

Přidružené diagnózy: pravostranná hemiparéza, ataxie, hypestezie na PHK pro teplo a chlad, diplopie

Vznik onemocnění: 21. 5. 2018

Předchozí rehabilitace: KN Liberec (JIP + neurologie), nemocnice v Mladé Boleslavi (LDN, lůžková RHB), nemocnice v Turnově, Janské Lázně

Nynější onemocnění:

- St. po operaci nezhoubného nádoru mozečku
- Hyperlipidémie
- Trombofilie

Osobní anamnéza: st. po tromboze na LDK

Status praesens: Klientka je orientovaná osobou, místem i časem.

Rodinná anamnéza: matka – hypertenze, jinak nevýznamná

Farmakologická anamnéza: lék proti inkontinenci (neví jméno)

Alergologická anamnéza: alergie na pyly a prach

Abusus: neguje

Sociální anamnéza:

- vdaná, má 4 děti (2 dcery – 2 a 4 let, 2 dospělí synové)
- bydlí s manželem a dvěma dcerami
- sociální příspěvky: mateřská, příspěvek na péči 4. stupně, ZTP/P (zažádáno), o invalidní důchod zatím nezažádáno

Bytová situace: činžovní dům (není bezbariérový – s chodítkem se nedostane do koupelny a na WC, ani ke skříním), 1. patro, není zde výtah

Školní anamnéza: dosažené vzdělání – VŠ

Pracovní anamnéza: nákupčí, v současné době na mateřské dovolené

Kompenzační pomůcky: sedačka do sprchy, nástavec na WC, vysoké chodítko

Zájmy a volnočasové aktivity: trávení času s dětmi, čtení, procházky, koukání na filmy, cvičení, zpívání, tanec, četba

Smysly: zrak – v některých úhlech **diplopie**

Ergoterapeutické vyšetření

Kineziologický rozbor:

Somatotyp: normostenik

Aspekce: mírná anteroflexe trupu, hlava mírně v protrakci

Funkční vyšetření HKK:

Dominance: PHK

Patologie: PHK

Vzhled: bez deformit, otoků či změn koloritu

Držení: bpn

Taxe: ataxie s pravostrannou převahou

Diadochokinéza: adiadochokineza

Rozsahy pohybu (orientačně): bez omezení aktivních i pasivních pohybů

Spasticita (orientačně): není přítomna

Jemná motorika: provádění precizních pohybů je znemožněno ataxií

Úchopy: při provádění úchopů ji omezuje ataxie (zvláště ve fázích přiblížení a sevření), hlavně při provádění prstových úchopů

Koordinace: koordinace obou končetin je ovlivněna ataxií na PHK

Síla stisku (orientačně): na PHK snižena

Povrchové cití: na PHK hypestezie pro termické cití

Hluboké cití: bpn

Mobilita, lokomoce:

- otáčení na lůžku, posazování a sed zvládá
- stoj nestabilní
- chodí ve vysokém chodítku
- chůzi po schodech zvládá s doprovodem druhé osoby

Vyšetření kognitivních funkcí:

- klientka je orientovaná
- snížené psychomotorické tempo
- paměť bez poškození
- zhoršená pozornost
- řeč – reziduum dysartrie

Komunikace a spolupráce: Komunikace a spolupráce s klientkou je velice náročná. Klientka má tendenci neustále mluvit o svých problémech a zabíhat do podrobností. Navíc také odmítá některá tvrzení a rady odborníků.

Soběstačnost:***Personální ADL (BI):***

Příjem potravy: s pomocí (pomoc s krájením)

Oblékání: s pomocí (dolní polovina s pomocí, horní polovinu těla zvládá sama)

Koupání: s pomocí (potřebuje pomoc s přesunem, namydlením, smytím mýdla i s utřením)

Osobní hygiena: s pomocí (sama si zvládne vyčistit zuby, jinak potřebuje asistenci druhé osoby)

Kontinence moči: občas inkontinentní (při objemu nad 100 ml)

Kontinence stolice: plně kontinentní

Použití WC: s pomocí (doma potřebuje asistenci manžela při přesunech)

Přesun lůžko-židle: s pomocí (musí se něčeho držet)

Chůze po rovině: s pomocí 50 m (používá vysoké chodítko)

Chůze po schodech: s pomocí (s doprovodem druhé osoby)

Instrumentální ADL:

Funkční komunikace: samostatně

Transport: s pomocí druhé osoby (manžel ji vozí autem)

Nakupování: s pomocí druhé osoby

Vaření: jídlo musí být připraveno druhou osobou

Domácí práce: potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní (vyndá nádobí z myčky, jiné domácí práce nedělá)

Práce kolem domu (sekání trávníku apod.): vyžaduje pomoc/neprovede

Užívání léků: užívá, pokud jsou připraveny a připomenuty

Finance: neschopna bez pomoci zacházet s penězi

Péče o druhé: nezvládá (o děti se stará manžel)

Silné stránky: paměť není poškozená, zvládne si obléknout horní polovinu těla; zvládne se sama najíst, pokud je potrava nakrájená, zvládne si sama vyčistit zuby

Slabé stránky: ataxie a porucha termického čítí na PHK, diplopie, nestabilní stoj, schopna chůze pouze ve vysokém chodítku, byt s bariérami, složitá komunikace a spolupráce, nesoběstačnost ve většině pADL i iADL, porucha pozornosti

Cíle klienta: zvládat chůzi bez pomůcky

Dlouhodobý cíl a plán:

1) Do roka bude klientka schopna pohybovat se po bytě bez pomůcky.

- Bobath koncept – balanční reakce, nácvik chůze
- zlepšení stability – stabilometrická plošina, cvičení na stabilitu
- používání jiné pomůcky (např. nízkého chodítka)
- trénink chůze bez pomůcky, s oporou o druhou osobu, poté případně i bez ní

Krátkodobý cíl a plán:

1) Do dvou měsíců zvládne klientka provádět činnosti z oblasti soběstačnosti potřebné k tomu, aby zvládla být 2-3 hodiny sama doma (nácvik použití toalety, příprava jednoduchého jídla, zvládání přesunů).

- nácvik přesunů
- nácvik samostatného používání toalety
- trénink přípravy jednoduchého jídla – např. chleba s pomazánkou – pomocí modelové činnosti

2) Do jednoho měsíce budou navrženy a poté provedeny úpravy bariérového bytu, aby byla klientka schopná pohybovat se po celém bytě bez problémů.

- klientka ve spolupráci se svým manželem pořídí fotky celého bytu a pošle je ergoterapeutce
- ergoterapeutka navrhne potřebné úpravy bytu a prezentuje je klientce a jejímu manželovi
- budou provedeny nenáročné úpravy bytu; pro případné náročné úpravy bytu bude zažádáno o příspěvek a zajistí se firma, která by tyto úpravy provedla

3) Do dvou měsíců bude klientka schopna se čitelně podepsat.

- trénink jemné motoriky
- cvičení na uvolnění zápěstí i prstů
- terapie na zmírnění ataxie – kloubní aproximace, facilitace (kartáčování, míčkování), metoda Perfetti, cvičení se závažím, činnosti pro trénink zacílení pohybu
- grafomotorická cvičení – nejprve kreslit různé tvary na velké papíry, poté zmenšovat, zkusit kreslit i ve stoje
- trénink psaní jednotlivých písmen, poté trénink celého podpisu

Závěr: Klientka, 45 let, po operaci nezhoubného nádoru mozečku. Má pravostrannou hemiparézu s poruchou čítí na PHK a ataxií převážně na PHK. V některých úhlech je přítomné dvojité vidění (diplopie). Provádění všech pohybů a činností je ovlivněno ataxií. V oblasti kognitivních funkcí je zhoršená pozornost, která se hodně projevuje při terapiích. Při komunikaci s klientkou je v řeči znát reziduum dysartrie. Komunikace a spolupráce s klientkou je velice náročná. Klientka má tendenci neustále mluvit o svých problémech a zabíhat do podrobností. Také často zmiňuje, že nic nezvládá sama a že se v jejich rodině cítí jako další dítě, o které je potřeba se starat. Navíc také odmítá některá tvrzení a rady odborníků. V oblasti soběstačnosti je klientka v mnoha činnostech závislá na pomoci druhé osoby (příjem potravy, oblékání, koupání, osobní hygiena, použití WC, chůze po schodech, transport, nakupování, vaření, domácí práce, práce kolem domu, užívání léků, finance) nebo musí využít nějakou formu opory (přesun lůžko-židle, chůze po rovině). Chůzi klientka zvládá samostatně pouze ve vysokém chodítku.

Doporučení: Doporučuji se v terapii zaměřit především na zvládání činností z oblasti soběstačnosti, aby byla klientka schopna být 2-3 hodiny sama doma (použití toalety, příprava jednoduchého jídla, zvládání přesunů). Aby mohla klientka tyto činnosti zvládat sama v domácím prostředí, je rovněž nutné odstranit bariéry v jejím bytě. Terapie by se také měla zaměřit na zlepšení chůze, eventuálně zvládání chůze bez pomůcky nebo s jinou pomůckou (např. nízkým chodítkem). V rámci terapie horní končetiny by měla být terapie zaměřená na ovlivnění ataxie, trénink jemné motoriky a grafomotoriky.

KAZUISTIKA Č. 4

Datum vyšetření: 18. 4. 2019

Věk: 54 let

Pohlaví: muž

Diagnóza (dle MKN-10): I693 (stav po ischemické CMP)

Přidružené diagnózy: pravostranná hemiparéza, afázie

Vznik onemocnění: srpen 2017

Předchozí rehabilitace: lůžka včasné rehabilitace iktového centra VFN, RÚ Kladruba, Klinika rehabilitačního lékařství na Albertově

Nynější onemocnění:

- následky akutní ischemické CMP
- arteriální hypertenze
- hypertrofické změny 1. stupně na očním pozadí
- hyperlipidémie
- anxiózně-depresivní afektivní porucha, emoční inkontinence

Osobní anamnéza: srpen 2017 – ischemická cévní mozková příhoda

Status praesens: Klient je orientovaný osobou, místem i časem.

Rodinná anamnéza: nevýznamná

Farmakologická anamnéza: Vasopirin (lék na ředění krve), Mirtazapin (antidepresivum), Itakem (antidepresivum), Atoris (lék na vysoký cholesterol), Prestarium Neo (lék proti hypertenzi), Apo – Gab (antiepileptikum), Dretacen (antiepileptikum)

Alergologická anamnéza: neuguje

Abusus: neuguje (bývalý kuřák – přestal v roce 2013)

Sociální anamnéza:

- ženatý, má syna a dceru
- bydlí s rodinou
- sociální příspěvky: příspěvek na mobilitu, příspěvek na péči, invalidní důchod 3. stupně, ZTP/P

Bytová situace: činžovní dům, přízemí, 3 schody před domem

Školní anamnéza: dosažené vzdělání – SŠ elektrotechnická

Pracovní anamnéza: energetik

Kompenzační pomůcky: sedačka na vanu, dioptrické brýle

Zájmy a volnočasové aktivity: sport – lyže, tenis; auta, nyní procházky

Smysly: zrak – dalekozrakost, hypertrofické změny 1. stupně na očním pozadí

Ergoterapeutické vyšetření**Kineziologický rozbor:**

Somatotyp: normostenik

Aspekce: hlava v protrakci, flekční držení prstů levé ruky, LDK v extenčním držení s mírnou inverzí chodidla, váha těla je na pravé straně, chůze cirkumdukci

Funkční vyšetření HKK:

Dominance: PHK

Patologie: PHK

Vzhled: bez deformit, otoků či změn koloritu

Držení: mírná flexe v loketním kloubu, palmární flexe v zápěstí, prsty ve flekčním držení

Taxe: LHK – přesná, PHK – nelze provést

Diadochokinéza: nelze provést

Rozsahy pohybu (orientačně): PROM – PHK – mírné omezení v pohybech nad horizontálu, LHK – bpn

AROM – PHK – pouze naznačení pohybů v ramenním kloubu, těžká spastická paréza; LHK – bpn

Spasticita (orientačně): 3 (zřetelné zvýšení svalového tonu, pasivní pohyb je obtížný)

Jemná motorika: není možné provádění precizních pohybů a manipulace s drobnými předměty pomocí PHK

Úchopy: PHK – nelze provést, LHK – bpn

Koordinace: nelze zjistit

Síla stisku: na PHK snižená

Povrchové čítí: bpn

Hluboké čítí: bpn

Mobilita, lokomoce:

- otáčení na lůžku, posazování a sed zvládá
- stoj je stabilní
- chůzi zvládá bez pomůcky
- chůze po schodech – potřebuje se přidržet

Vyšetření kognitivních funkcí: lze obtížně vyšetřit kvůli přítomné afázii

- klient je orientovaný
- pomalejší psychomotorické tempo
- dle MoCA testu – úkoly na pojmenování, krátkodobou paměť, exekutivní funkce a počítání zvládl s náповědou, ale má s nimi problém; problémy s opakováním slov a slovní produkcí ovlivněny afázií, prostorová orientace je bez obtíží, narušeno abstraktní myšlení

Řeč:

- těžká afázie – dle vyšetření logopeda těžká v expresi, frustní v percepci
- domluví se pomocí ano/ne, občas vysloví ojedinělá slova
- porozumění je částečně zachováno, ale občas nelze jednoznačně určit, zda klient rozumí nebo ne

Komunikace a spolupráce: Komunikace je velice ztížená přítomnou afázií – jak v porozumění, tak v expresi. Klient se však snaží dorozumět gesty, ukazováním na předměty nebo kreslením. Klient je snaživý a dobře spolupracuje, v některých případech však může být spolupráce ovlivněna anxiózně-depresivní afektivní poruchou. V současné době již nemá výbuchy vzteku, které u něj byly dříve patrné.

Soběstačnost:

Personální ADL (BI):

Přijem potravy: s pomocí (potřebuje pomoc s krájením, sám se nají jednou rukou)

Oblékání: s pomocí (potřebuje pomoc s obléknutím ponožky a boty na pravou nohu a se zavázáním tkaniček a zapínáním zipů, občas má problém s oblékáním kalhot)

Koupání: s pomocí (používá sedačku na vanu, potřebuje pomoc s přesunem do vany a omytím míst, kam si nedosáhne)

Osobní hygiena: samostatně nebo s pomocí (potřebuje pomoc při holení)

Kontinence moči: plně kontinentní

Kontinence stolice: plně kontinentní

Použití WC: samostatně bez pomoci

Přesun lůžko-židle: samostatně bez pomoci

Chůze po rovině: samostatně nad 50 m

Chůze po schodech: s pomocí (potřebuje se přidržet)

Instrumentální ADL:

Funkční komunikace: používání telefonu – přijme hovor a zavolá, komu potřebuje, SMS zprávy nepíše, PC – používá ke sledování sportovních zápasů, k hledání na internetu potřebuje pomoc druhé osoby

Transport: s pomocí (manželka ho vozí autem)

Nakupování: neprovede (nakupuje manželka)

Vaření: ohřeje si jídlo, uvaří čaj (jinak vaří manželka)

Domácí práce: zapojuje se (umyje po sobě nádobí, jinak většinu domácích prací dělá manželka)

Práce kolem domu (sekání trávníku apod.): neprovádí

Užívání léků: užívá, pokud jsou připraveny a připomenuty (připravuje manželka)

Finance: neschopen bez pomoci zacházet s penězi

Silné stránky: klient je snaživý, často se usmívá, je motivovaný se dále zlepšovat, podpora rodiny, schopnost domluvit se pomocí ano/ne, částečně zachované porozumění, dokáže se sám najíst, pokud je jídlo nakrájené; dokáže si obléknout oblečení na horní polovinu těla, pokud je bez zipů; zvládá většinu činností z osobní hygieny, samostatně zvládne použití WC a přesun lůžko-židle, chodí bez pomůcky, dokáže chodit po schodech s přidržováním se zábradlí; přijme hovor a zavolá, komu potřebuje; snaží se zapojit se do provádění domácích prací tím, že umyje nádobí; ohřeje si jídlo a uvaří čaj, zachované čítí

Slabé stránky: těžká afázie – porušena exprese i porozumění, pravostranná hemiparéza, těžce omezená hybnost PHK, potřebuje pomoc s krájením jídla, s obléknutím ponožky a boty na pravou nohu a se zavázáním tkaniček a zapínáním zipů, s přesunem do vany a omytím míst, kam si nedosáhne, potřebuje pomoc při holení, nezvládá psát SMS zprávy, nakupování, vaření, transport, většinu domácích prací, práce kolem domu, spravování financí musí být vykonáváno druhou osobou, léky si klient vezme sám, ale musí být připravené

Cíle klienta: zlepšit rychlost chůze

Dlouhodobý cíl a plán:

- 1) **Do jednoho roku se klient naučí cca 10 nových slov, která bude schopen adekvátně použít v běžné komunikaci.**
 - terapie s afatickým slovníkem v tabletu
 - terapie s logopedem
 - muzikoterapie

Krátkodobý cíl a plán:

- 1) **Do jednoho měsíce se klient začne věnovat svému oblíbenému zájmu (auta).**
 - klient si vytvoří deník aut
 - klient si bude vést vytvořený deník aut
- 2) **Do dvou měsíců si klient zvládne sám připravit snídani (otevřít jogurt, nakrájet roládu, uvařit kávu).**
 - edukace o vhodném způsobu provádění činností
 - trénink činností v rámci modelových činností
 - ovlivnění spasticity na PHK – PANat dlaha, techniky měkkých tkání, facilitace, pasivní a poté i aktivní cvičení
 - trénování úchopů (pokud to bude možné)
 - zvážení výběru kompenzačních pomůcek
- 3) **Do dvou měsíců bude klient schopen obléknout si ponožky a tepláky.**
 - zvolení správné techniky, jak tyto úkony provést, edukace a trénink zvolené techniky
 - zvážení výběru kompenzačních pomůcek (např. podavač)

Závěr: Klient, 54 let, po ischemické cévní mozkové příhodě. Má pravostrannou hemiparézu a těžkou afázií s těžce narušenou expresí a částečně zachovalým porozuměním. Hybnost PHK je těžce omezená, čítí je zachováno. Z oblasti kognitivních funkcí je narušeno pojmenování, krátkodobá paměť, exekutivní funkce, počítání, opakování slov, slovní produkce, abstraktní myšlení (většina problémů souvisí s afázií). Z oblasti soběstačnosti potřebuje pomoc s krájením jídla, s obléknutím ponožky a boty na pravou nohu a se zavázáním tkaniček a zapínáním zipů, s přesunem do vany a omytím míst, kam si nedosáhne, pomoc při holení. Nezvládá psát SMS zprávy, nakupování, vaření, transport. Druhou osobou musí být vykonávána většina domácích prací, práce kolem domu, spravování financí. Léky si klient vezme sám, ale musí být připravené. Zvládne chodit sám bez pomůcky, při chůzi po schodech se musí přidržovat zábradlí. Komunikace je velice narušená afázií jak v porozumění, tak v expresi. Klient se však snaží dorozumět gesty, ukazováním na předměty nebo kreslením. Klient je snaživý a dobře spolupracuje, v některých případech však může být spolupráce ovlivněna anxiózně-depresivní afektivní poruchou.

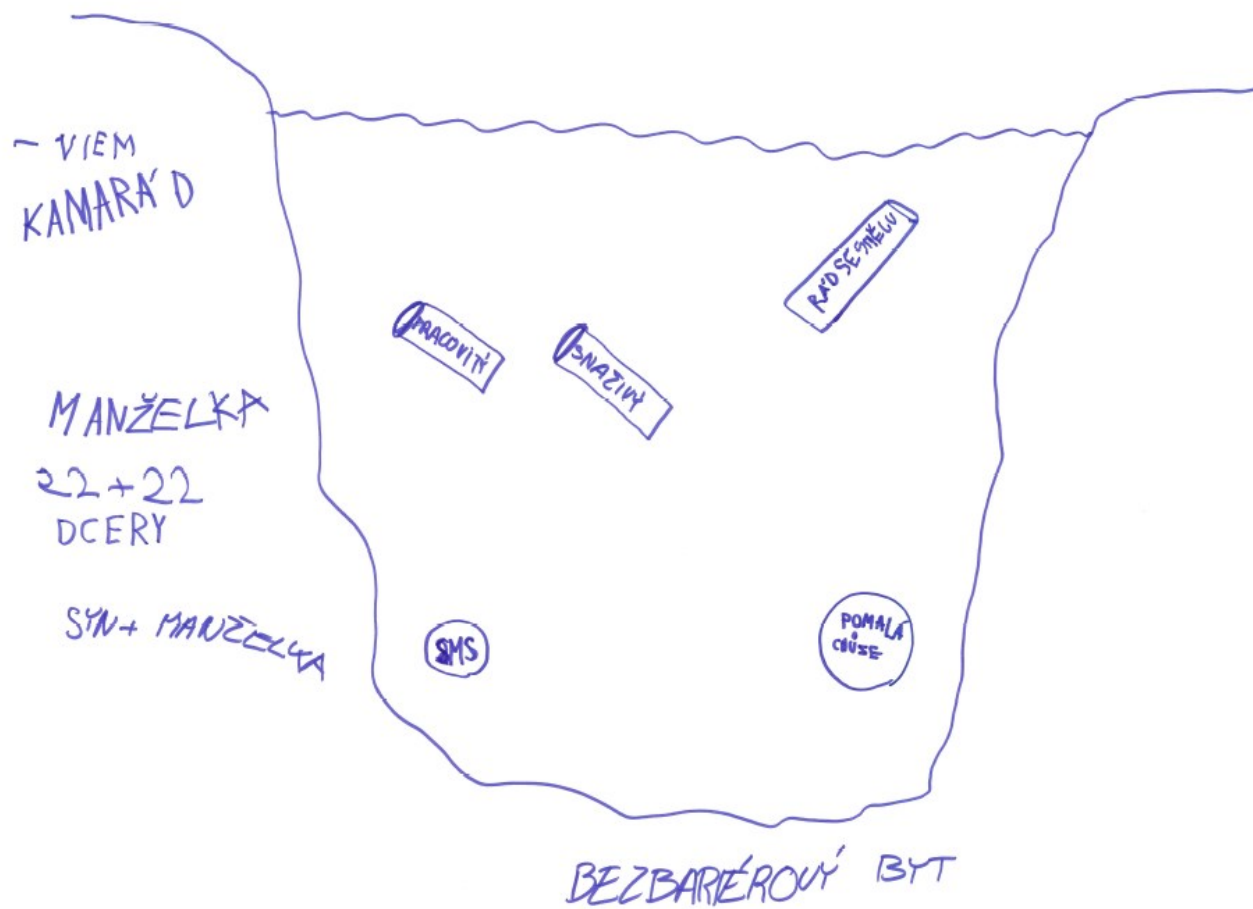
Doporučení: Doporučuji se v terapiích zaměřit na klientovi zájmy a nácvik vybraných položek z oblasti soběstačnosti (příprava jídla, oblékání). Dále by bylo vhodné se při terapiích zaměřit na přítomnou afázií a případně zajistit i častější návštěvu logopeda. V rámci terapií by se rovněž mohl najít čas na nácvik správného stereotypu chůze.

Příloha 7 – Výsledky aplikace Kawa modelu

Obr. č. 8.5. Výsledek aplikace Kawa modelu u klienta č. 3 (autorem je klient č.3)



Obr. č. 8.6. Výsledek aplikace Kawa modelu u klienta č. 4 (autorem je klient č.4)



Příloha 8 – Dotazníky klientů, u nichž byl využit Kawa model

Dotazník k zhodnocení vybraného nástroje

Kazuistika pod číslem: 3

Diagnóza: nezhoubný tumor mozečku

Nástroj: Kawa model

Datum: 21. 1. 2019

Čas strávený prací s tímto nástrojem: 1 hodina

1) Pracovalo se Vám s tímto nástrojem dobře?

S nástrojem se mi pracovalo dobře, ale vadilo mi, že jsem musela kreslit a psát levou rukou.

2) Ohodnoťte prosím na stupnici od 1 do 10, jak moc náročné pro Vás bylo pracovat s tímto nástrojem (1 = vůbec, 10 = nezvládnutelné).

1

3) Setkal/a jste se někdy předtím s tímto nebo jiným nástrojem pro stanovení cílů v terapii? Kde?

Ne

4) Je podle Vás dobré, když se podílíte na stanovení cílů?

Ano

5) Kolik času byste byl/a ochoten/na strávit stanovením cílů?

1 hodinu

Dotazník k zhodnocení vybraného nástroje

Kazuistika pod číslem: 4

Diagnóza: ischemická CMP

Nástroj: Kawa model

Datum: 18. 4. 2019

Čas strávený prací s tímto nástrojem: 45 minut

1) Pracovalo se Vám s tímto nástrojem dobře?

Ano

2) Ohodnot'te prosím na stupnici od 1 do 10, jak moc náročné pro Vás bylo pracovat s tímto nástrojem (1 = vůbec, 10 = nezvládnutelné).

9 („Už jsem unavený.“)

3) Setkal/a jste se někdy předtím s tímto nebo jiným nástrojem pro stanovení cílů v terapii? Kde?

Ne

4) Je podle Vás dobré, když se podílíte na stanovení cílů?

Ano

5) Kolik času byste byl/a ochoten/na strávit stanovením cílů?

30 minut

Příloha 9 – Obrázky pro usnadnění práce s Kawa modelem

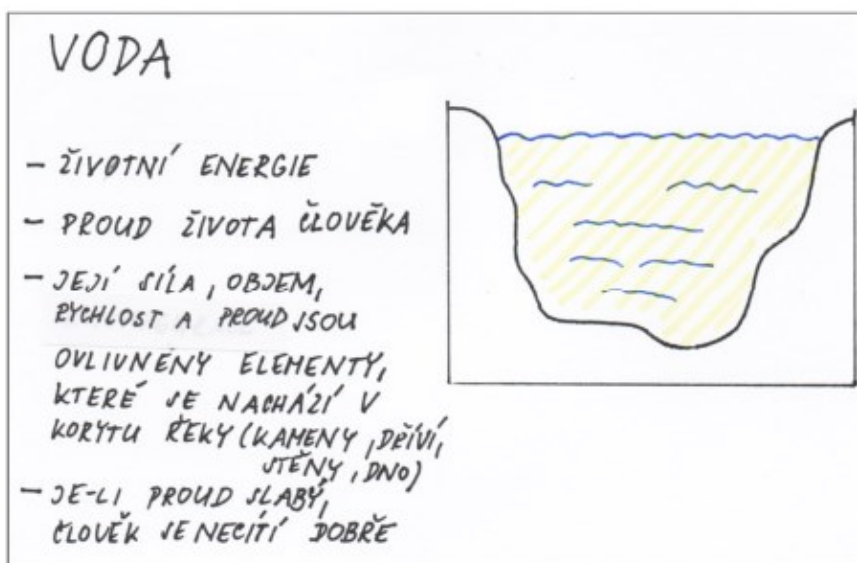
Obr. č. 8.7. Kartičky pro usnadnění vedení rozhovoru dle Kawa modelu: řeka (Kulhánková, 2013)



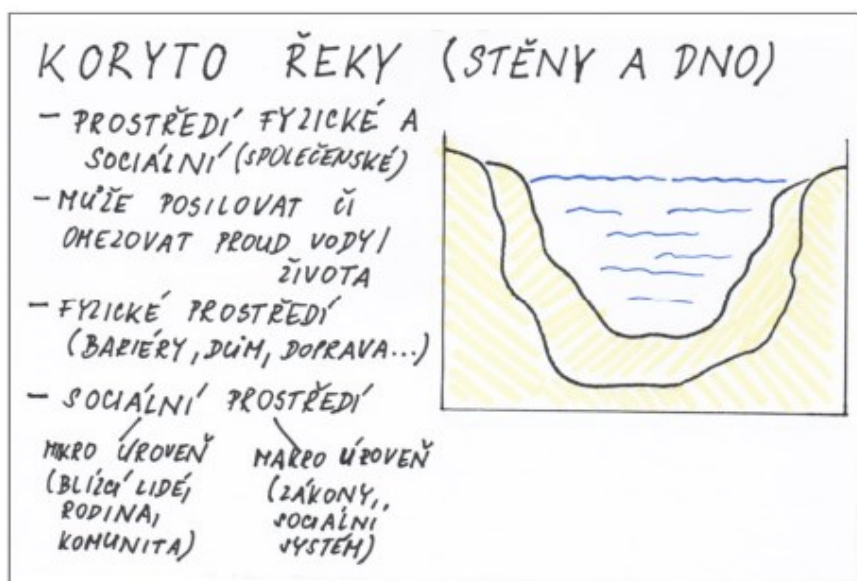
Obr. č. 8.8. Kartičky pro usnadnění vedení rozhovoru dle Kawa modelu: průřez korytem řeky (Kulhánková, 2013)



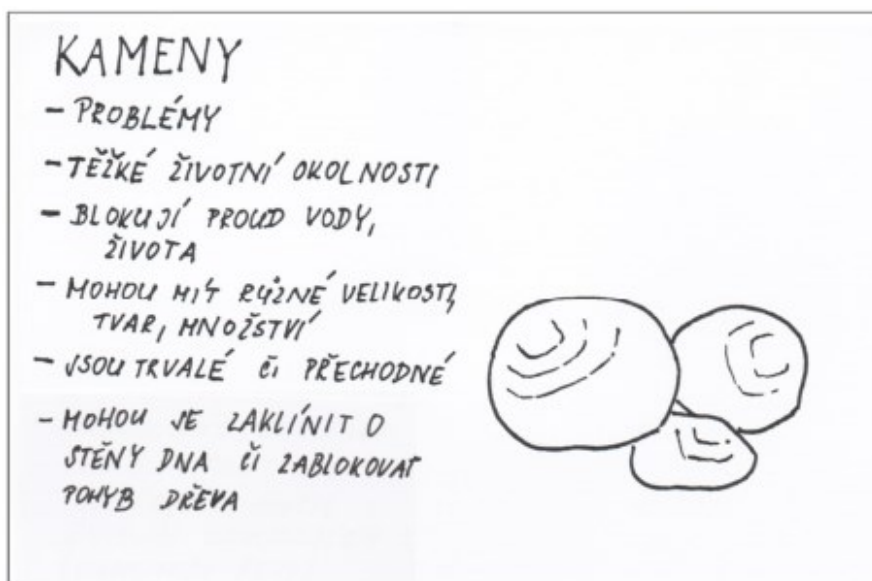
Obr. č. 8.9. Kartičky pro usnadnění vedení rozhovoru dle Kawa modelu: voda (Kulhánková, 2013)



Obr. č. 8.10. Kartičky pro usnadnění vedení rozhovoru dle Kawa modelu: koryto řeky (stěny a dno) (Kulhánková, 2013)



Obr. č. 8.11. Kartičky pro usnadnění vedení rozhovoru dle Kawa modelu: kameny (Kulhánková, 2013)



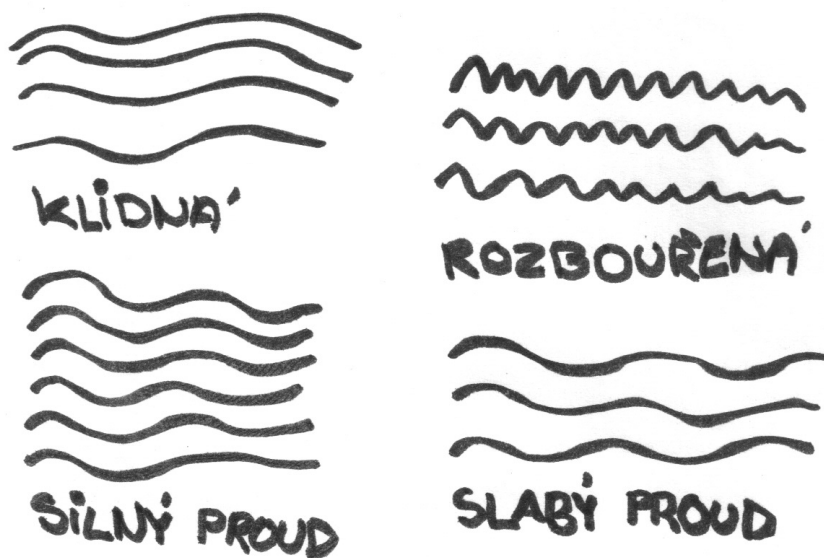
Obr. č. 8.12. Kartičky pro usnadnění vedení rozhovoru dle Kawa modelu: dříví (Kulhánková, 2013)



Obr. č. 8.13. Kartičky pro usnadnění vedení rozhovoru dle Kawa modelu: prostory mezi překážkami (Kulháňková, 2013)



Obr. č. 8.14. Obrázky pro popis charakteru řeky (autor práce)



Příloha 10 – Přehled informací o Kawa modelu

STANDARDIZOVANÝ:	Ne
POMŮCKY:	velký papír (nejlépe formátu A3), fixy a pastelky, vytištěné kartičky s vysvětlivkami (viz příloha 9)
ČASOVÁ NÁROČNOST:	60 minut (ale může trvat i déle, záleží na důkladnosti vedení rozhovoru)
VHODNÉ PRO:	<ul style="list-style-type: none">– kreativní klienty, kteří mají rádi výtvarné vyjádření– klienty, kteří si potřebují svoji životní situaci zvědomit a znázornit na schématu– klienty bez těžší kognitivní poruchy, bez poruchy abstraktního myšlení (kvůli pochopení metafory řeky a významu jednotlivých komponent)– klienty s dobrými řečovými schopnostmi– racionálně založené klienty, kteří přijmou metaforu řeky a vnímají její kontext
NEVHODNÉ PRO:	<ul style="list-style-type: none">– klienty s kognitivní poruchou (s poruchou abstraktního myšlení)– klienty se špatnými řečovými schopnostmi– klienty v akutní fázi onemocnění
CENA:	zdarma

VZDĚLÁVÁNÍ:	<ul style="list-style-type: none"> – na stránkách kawamodel.com/v1/ jsou k dispozici různá instruktážní videa a články přímo od M. Iwamy i jiných autorů – M. Iwama společně s T. Jou Yinem vydali manuál <i>The Kawa Model Made Easy: a guide to applying the Kawa Model in occupational therapy practice</i>, který je dostupný ke stažení zdarma a poskytuje základní informace o aplikaci Kawa modelu – M. Iwama napsal o tomto nástroji a zároveň modelu celou knihu s názvem <i>The Kawa Model: Culturally Relevant Occupational Therapy</i> (cena knihy se pohybuje okolo 1200 Kč) – Kawa model má dokonce i svou aplikaci, která však existuje jen ve verzi pro Apple
CO NÁSTROJEM ZJISTÍME:	<ul style="list-style-type: none"> – klientovy obtíže v kontextu prostředí a jeho vlastností – klientovy pozitivní a negativní vlastnosti – fyzické a sociální prostředí klienta – mimo informace spojené s plánováním cílů si také můžeme vyšetřit například grafomotoriku, schopnost pochopit instrukce, schopnost abstraktního myšlení apod. – situaci jaká byla před onemocněním, jaká je teď a jakou má klient představu o budoucnosti
NA ČEM JE ZALOŽEN:	<ul style="list-style-type: none"> – na zobrazení životní situace pomocí schématu – na metafoře řeky

+ SILNÉ STRÁNKY:

- zjištění klientových obtíží v kontextu prostředí a vlastností klienta
 - grafické znázornění klientových obtíží – umožňuje klientovi zorientovat se v jeho životní situaci
 - možnost přizpůsobení modelu odlišné kultuře – navzdory tomu, že nástroj vznikl v prostředí východní kultury, ho lze přizpůsobit i kulturám odlišným
 - dostupnost velkého množství informací a materiálů
 - sdílení zkušeností terapeutů s tímto nástrojem - např. na facebookových stránkách (sám M. Iwama vyzývá všechny terapeuty, kteří nástroj používají, ke sdílení zkušeností s Kawa modelem)
 - možnost pozitivní podpory klienta již při stanovení cílů prostřednictvím identifikace pozitivních vlastností klienta a prostoru mezi překážkami
-

- SLABÉ STRÁNKY:

- nevhodné pro použití u osob s kognitivní poruchou a afázií
- možnost nepřijetí metafory řeky a celé filozofie nástroje klientem
- pro terapeuta náročné z hlediska vedení rozhovoru, velké nároky na schopnosti vést rozhovor
- pro terapeuta může být náročné vysvětlit význam jednotlivých komponent a jejich provázanost
- pro terapeuta časově náročné z hlediska nastudování materiálů a uzpůsobení nástroje pro vlastní využití
- časová náročnost na aplikaci Kawa modelu

DOPORUČENÍ:

- Najděte si svůj způsob, jak vysvětlit metaforu řeky, aby z toho klient nebyl zmatený a pochopil ji (například využití kartiček s popisem jednotlivých konceptů nebo kreslení schématu v průběhu vysvětlování).
- Pro motivaci klienta využijte podpůrné aspekty, které tento nástroj nabízí (například identifikace pozitivních vlastností nebo identifikace prostoru pro intervenci).
- Pokud nástroj aplikujete poprvé, před jeho aplikací se podívejte na příklady otázek pro vedení rozhovoru (příklady můžete nalézt v bakalářské práci Terezy Kulhánkové *Kawa model v ergoterapii* nebo v manuálu *The Kawa Model Made Easy: a guide to applying the Kawa Model in occupational therapy practice* od M. Iwamy a T. Jou Yina).

ODKAZY:

- <http://www.kawamodel.com/v1/>
- <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/124048/>
- <https://www.elsevier.com/books/the-kawa-model/9780443102349>
- <http://www.kawamodel.com/v1/2016/08/06/the-kawa-model-made-easy-download/>
- <https://apps.apple.com/gb/app/kawa/id882899927>

Příloha 11 – Kazuistiky klientů, u nichž bylo využito PZČ

KAZUISTIKA Č. 5

Datum vyšetření: 5. 4. 2019

Věk: 67 let

Pohlaví: žena

Diagnóza (dle MKN - 10): I690 – následky subarachnoidálního krvácení (hemoragická CMP)

Přidružené diagnózy: pravostranná hemiparéza s ataxií, třesem a poruchou povrchového cití na PHK, lehká dysartrie

Vznik onemocnění: červenec 2018

Předchozí rehabilitace: Fakultní nemocnice Karlovy Vary, LDN Říčany, Ústřední vojenská nemocnice – ORFM

Nynější onemocnění:

- St. po hemoragické cévní mozkové příhodě
- Hypertenze
- Glaukom
- Astma

Osobní anamnéza: červenec 2018 – hemoragická CMP

Status praesens: Klientka je orientovaná časem, místem i osobou.

Rodinná anamnéza: nevýznamná

Farmakologická anamnéza: Prestance (léčba hypertenze), Bimican (léčba glaukomu), Hypromeloza (zvlhčující oční kapky), Ophtalmo-Septonex (oční kapky), Clexane (lék na ředění krve)

Alergologická anamnéza: neguje

Abusus: neguje

Sociální anamnéza:

- rozvedená, má 2 děti
- nyní bydlí s rodinou, před onemocněním bydlela sama ve svém bytě
- sociální příspěvky: starobní důchod, příspěvek na péči 3. stupně, příspěvek na mobilitu, průkaz ZTP/P

Bytová situace: nyní bydlí v Praze u svých dětí – panelový dům, 36 schodů v domě, bez výtahu, 3. patro

Školní anamnéza: střední škola

Pracovní anamnéza: vedoucí recepce

Kompenzační pomůcky: stolička do vany, protiskluzová podložka, čtyřkolový rolátor (není vhodný na ven)

Zájmy a volnočasové aktivity: šití, čtení knih, uklízení, turistika, tancování, vaření, návštěva dětí

Smysly: zrak – výpadek zorného pole na levém oku vlevo, glaukom

Ergoterapeutické vyšetření**Kineziologický rozbor:**

Somatotyp: normostenik

Aspekce: mírná anteroflexe trupu, hlava mírně v protrakci, občasné odlehčování postižené strany

Funkční vyšetření HKK:

Dominance: PHK

Patologie: PHK

Vzhled: bez deformit, otoků či změn koloritu

Taxe: ataxie – klientka sama popisuje, že ruka „lítá při činnostech“

Třes: přítomný při pohybu

Diadochokinéza: adiadochokineza

Rozsahy pohybu (orientačně): bez omezení v aktivních i pasivních pohybech

Spasticita: není přítomna

Jemná motorika: omezení vlivem třesu, ataxie a poruchy cití; některé oblíbené činnosti např. šití nezvládne

Úchopy: zvládá všechny druhy úchopů; provádění úchopů je však ztíženo ataxií a třesem, hlavně ve fázích přiblížení a sevření

Koordinace: koordinace obou končetin je ovlivněna třesem a ataxií na PHK

Síla stisku (orientačně): na PHK snižena

Povrchové cití: PHK – porucha termického cití, parestezie – pocity tuhnutí, pálení, bolesti

Hluboké cití: bpn

Mobilita, lokomoce:

- zvládá otáčení na lůžku, posazování i sed
- stoj je nestabilní
- chůzi zvládá s pomocí čtyřkolového rolátor (není vhodný na ven)
- schody zvládá sama s oporou

Vyšetření kognitivních funkcí: bpn

- klientka je orientovaná
- zpomalené psychomotorické tempo

Komunikace a spolupráce: Klientka velmi dobře spolupracuje. V komunikaci ji mírně omezuje dysartrie.

Soběstačnost:

Personální ADL (BI):

Příjem potravy: samostatně bez pomoci (ale problém s ataxií a třesem)

Oblékání: samostatně bez pomoci

Koupání: s pomocí (pomoc s přesunem do vany)

Osobní hygiena: s pomocí (problém s česáním a úpravou zevnějšku)

Kontinence moči: plně kontinentní

Kontinence stolice: plně kontinentní

Použití WC: samostatně bez pomoci

Přesun lůžko-židle: samostatně bez pomoci

Chůze po rovině: s pomocí 50 m (používá čtyřkolový rolátor)

Chůze po schodech: s pomocí (samostatně, ale s oporou)

Instrumentální ADL:

Funkční komunikace: samostatně

Transport: s pomocí druhé osoby (rodina ji vozí autem)

Nakupování: dojde nakoupit s doprovodem druhé osoby

Vaření: jídlo musí být připraveno druhou osobou (zkouší škrábat brambory, ale jednotlivé činnosti v rámci vaření jí trvají delší dobu kvůli ataxii a třesu)

Domácí práce: potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní (zkouší mít nádobí, ale trápí ji problémy zmiňované u položky vaření, navíc je klientka velmi rychle unavená a limituje ji i pocit tíhy na pravé straně těla)

Práce kolem domu (sekání trávníku apod.): neprovádí

Užívání léků: užívá, pokud jsou připraveny a připomenuty

Finance: spravuje s pomocí rodiny

Silné stránky: nemá problémy v oblasti kognitivních funkcí, motivovaná ke snaze zlepšit svůj zdravotní stav, komunikativní, spolupracuje, vytrvalost, zvládne se sama obléknout, dojít si na toaletu, najíst se a používat telefon, horní končetiny bez omezení v aktivních i pasivních pohybech, zvládá chůzi s pomůckou, podpora rodiny

Slabé stránky: ataxie a třes na PHK, porucha čítí na PHK, pocit tíhy na pravé straně těla, větší unavitelnost; problémy v oblasti jemné motoriky, které jí brání v provádění oblíbených činností, obtíže při příjmu jídla, potřebuje pomoc při koupání, česání, úpravě zevnějšku, transportu, nakupování, vaření, domácích pracích a pracích kolem domu, užívání léků a správe financí

Cíle klienta: věnovat se ruce – zlepšit provádění problémových činností pravou rukou, zaměřit se na jemnou motoriku

Dlouhodobý cíl a plán:

1) Do půl roku bude klientka schopná zvládat chůzi bez pomůcky v rámci krátkých procházek.

- Bobath koncept – balanční reakce, nácvik chůze
- zlepšení stability – stabilometrická plošina, cvičení na stabilitu
- trénink chůze bez pomůcky, s oporou o druhou osobu, poté případně i bez ní

Krátkodobý cíl a plán:

1) Do dvou měsíců bude klientka schopná si nalakovat nehty a umýt a vyfoukat vlasy.

- trénink jemné motoriky
- terapie na zmírnění ataxie – kloubní aproximace, metoda Perfetti, cvičení se závažím, činnosti pro trénink zacílení pohybu
- zkoušení těchto činností v rámci modelových činností

2) Do dvou měsíců bude klientka schopná najít se příborem bez větších obtíží (bez závažnějších problémů při zacílení pohybu a v přijatelném časovém limitu).

- trénink jemné motoriky
- trénink krájení jídla a přenášení jídla k ústům v rámci modelové činnosti
- terapie na zmírnění ataxie – kloubní aproximace, metoda Perfetti, cvičení se závažím, činnosti pro trénink zacílení pohybu

Závěr: Klientka, 67 let, po hemoragické cévní mozkové příhodě. Klientka udává pocit tíže na celé pravé polovině těla a snadnou unavitelnost. Pravá horní končetina není omezena v aktivních, ani pasivních pohybech, ale je přítomna porucha povrchového cití (porucha termického cití a parestezie), ataxie a třes při pohybu. Klientka není schopna vykonávat drobné, precizní pohyby potřebné například při šití. Stoj je nestabilní, k chůzi využívá čtyřkolový rolátor. V oblasti kognitivních funkcí nejsou žádné obtíže. V oblasti soběstačnosti klientka potřebuje pomoc druhé osoby při koupání (pomoc s přesunem do vany), osobní hygieně (česání, úprava zevnějšku), transportu, nakupování, vaření, domácích pracích, pracích kolem domu, užívání léků a správě financí. Ataxie a třes ji rovněž omezují při příjmu potravy. Klientka velmi dobře spolupracuje. V komunikaci ji mírně omezuje dysartrie.

Doporučení: Doporučuji zaměřit se na trénink chůze bez pomůcky, trénink jemné motoriky a na problémové oblasti v rámci soběstačnosti (především osobní hygiena – úprava zevnějšku, příjem potravy). Do budoucna by se pak terapie měla zaměřit na trénink soběstačnosti potřebné pro návrat do vlastního bytu.

KAZUISTIKA Č. 6

Datum vyšetření: 28. 2. 2019

Věk: 50 let

Pohlaví: žena

Diagnóza (dle MKN-10): I693 (stav po ischemické CMP)

Přidružené diagnózy: pravostranná hemiparéza, globální afázie, okohybná porucha – omezení pohybu doprava

Vznik onemocnění: duben 2018

Předchozí rehabilitace: Ústřední vojenská nemocnice Kladruby, ERGOaktiv, Klinika rehabilitačního lékařství

Nynější onemocnění:

- následky akutní ischemické CMP
- hypercholesterolemie

Osobní anamnéza:

- 2018 – ischemická CMP
- akutní cystitida

Status praesens: Klientka je orientovaná osobou, místem i časem.

Rodinná anamnéza: nevýznamná

Farmakologická anamnéza: Citalec (antidepresivum), Neurol (léčba úzkostných stavů), Betaloc (lék proti hypertenzi), Buronil (léčba úzkostných stavů), Acidum Folicum (kyselina listová), Metamizol (analgetikum, antipyretikum, spasmolytický účinek), Clexane (prevence a léčba hluboké žilní trombózy)

Alergologická anamnéza: neguje

Abusus: neguje

Sociální anamnéza:

- rozvedená, má syna
- bydlí se synem a jeho přítelkyní
- sociální příspěvky: klientka na nemocenské, zažádáno o příspěvek na péči

Bytová situace: panelový dům s bariérami, ale bude se stěhovat do bezbariérového rodinného domu

Školní anamnéza: dosažené vzdělání – SŠ

Pracovní anamnéza: vystřídal mnoho povolání – elektrotechnik, pokojská, recepční, ostraha

Kompenzační pomůcky: vycházková hůl, mechanický vozík, dioptrické brýle

Zájmy a volnočasové aktivity: hra a chození na procházky s pejskem, keramika, chození do přírody, filmy, jezení sladkostí, hraní pexesa

Smysly: zrak – **okohybná porucha** (omezení pohybu doprava)

Ergoterapeutické vyšetření

Kineziologický rozbor:

Somatotyp: normostenik

Aspekce: elevace pravého ramene, PHK ve flekčním držení – flexe v loketním kloubu, pronace předloktí, palmární flexe v zápěstí, prsty ve flexi; PDK – extenční držení, inverze chodidla

Funkční vyšetření HKK:

Dominance: PHK

Patologie: PHK

Vzhled: bez deformit, otoků či změn koloritu

Držení: PHK ve flekčním držení – flexe v loketním kloubu, pronace předloktí, palmární flexe v zápěstí, prsty ve flexi

Taxe: LHK – přesná, PHK – nelze provést

Diadochokinéza: nelze provést

Rozsahy pohybu (orientačně): PROM – PHK – omezení pohybu nad horizontálou, nad horizontálou bolestivé, lze provést extenzi lokte, dorzální flexi zápěstí i extenzi prstů; LHK – bez omezení

AROM – PHK – mírné naznačení flexe v ramenním kloubu, jinak není možný aktivní pohyb; LHK – bez omezení

Spasticita (orientačně): 3 (zřetelné zvýšení svalového tonu, pasivní pohyb je obtížný)

Úchopy: PHK nejde provést, LHK bez obtíží

Koordinace: nelze zjistit

Svalová síla (orientačně): na PHK snížená

Povrchové čítí: bpn

Hluboké čítí: bpn

Mobilita, lokomoce:

- otáčení na lůžku, posazování a sed zvládá
- stoj je nestabilní
- chůze s oporou o jednobodovou hůl, v interiéru chodí bez hole, v exteriéru na delší vzdálenosti používá mechanický vozík (s asistencí)
- schody chodí s oporou a doprovodem druhé osoby – není si zatím moc jistá

Vyšetření kognitivních funkcí:

- klientka je orientovaná
- psychomotorické tempo v normě
- vyšetření obtížné z důvodu přítomnosti těžké afázie
- dle MoCA testu obtíže s pojmenováním, vybavováním a opakováním slov, krátkodobou pamětí a exekutivními funkcemi (většina obtíží ale souvisí s afázií)

Řeč:

- vážne produkce i porozumění řeči
- zvládne se domluvit pomocí ano/ne, gest či obrázků, ojedinele si vybaví nějaké slovo

Komunikace a spolupráce: Komunikace s klientkou je omezena těžkou afázií – umí se domluvit pomocí ano/ne, ojedinele si vzpomene na nějaké slovo. Při terapiích velmi dobře spolupracuje a snaží se. Občas má i při terapiích sklon k plačtivosti.

Soběstačnost:

Personální ADL (BI):

Příjem potravy: s pomocí (potřebuje pomoc s krájením)

Oblékání: s pomocí (potřebuje pomoc se zapínáním zipů a zavazováním tkaniček)

Koupání: s pomocí (pomoc s přesunem do vany, se smytím a utřením míst, kam si nedosáhne)

Osobní hygiena: samostatně nebo s pomocí (potřebuje pomoc s vymáčknutím pasty na kartáček a stříháním nehtů)

Kontinence moči: plně kontinentní

Kontinence stolice: plně kontinentní

Použití WC: samostatně bez pomoci

Přesun lůžko-židle: s malou pomocí (s oporou)

Chůze po rovině: s pomocí 50 m

Chůze po schodech: s pomocí (s oporou o jednobodovou hůl a doprovodem druhé osoby)

Instrumentální ADL:

Funkční komunikace: telefonování – zvládne najít a vytočit několik čísel, SMS zprávy nepíše, PC – s pomocí

Transport: s pomocí druhé osoby (syn ji vozí autem)

Nakupování: obstarává syn

Vaření: zvládne jídlo ohřát

Domácí práce: zkouší luxovat, dávat nádobí do myčky, ale většinu domácích prací obstarává synova přítelkyně

Práce kolem domu (sekání trávníku apod.): obstarává syn

Užívání léků: užívá, pokud jsou připraveny a připomenuty

Finance: neschopna bez pomoci zacházet s penězi

Silné stránky: snaha komunikovat pomocí gest, obrázků či jednoduchých slov, motivovaná k tomu se dále zlepšovat, podpora ze strany syna a synovy přítelkyně, bude se stěhovat do bezbariérového bytu, při terapiích se snaží a dobře spolupracuje, z oblasti soběstačnosti se zvládne sama najíst (pokud je jídlo nakrájené), obléknout se s výjimkou zapnutí zipů a zavazování tkaniček, použít WC, zvládne většinu činností z osobní hygieny, chodí s jednobodovou holí, zvládne najít a vytočit několik čísel, zkouší vykonávat některé domácí práce

Slabé stránky: těžká afázie, pravostranná hemiparéza, výrazně omezená hybnost PHK i PDK, plačtivost, emoční nestabilita, v oblasti kognitivních funkcí obtíže s pojmenováním, vybavováním a opakováním slov, krátkodobou pamětí a exekutivními funkcemi, v oblasti soběstačnosti potřebuje pomoc s krájením jídla, zapínáním zipů a zavazováním tkaniček, přesunem do vany; se smytím a utřením míst, kam si nedosáhne; s vymáčknutím pasty na kartáček a stříháním nehtů, s chůzí po schodech, nezvládá většinu položek z oblasti instrumentálních ADL (používání PC, psaní SMS zpráv, vaření, nakupování, transport, většinu domácích prací, práce okolo domu, správu financí, přípravu léků)

Cíle klienta: zlepšit řeč a chůzi

Dlouhodobý cíl a plán:

1) Do jednoho roku bude klientka schopna chodit bez pomůcky.

- terapie spasticity PDK s fyzioterapeutem
- nácvik selektivních pohybů pánve
- nácvik správné stojné a švihové fáze kroku dle Bobath konceptu
- cvičení na stabilitu + stabilometrická plošina

2) Do jednoho roku se změní flekční držení PHK takovým způsobem, že klientka udrží loketní kloub v extenzi.

- PANat dlahy
- techniky měkkých tkání, facilitace
- pasivní a poté i aktivní cvičení
- prolongovaný strečink

3) Do jednoho roku se klientka naučí cca 10 nových slov, která bude schopna adekvátně použít v běžné komunikaci.

- terapie s afatickým slovníkem v tabletu
- terapie s logopedem
- muzikoterapie

Krátkodobý cíl a plán:

1) Do dvou měsíců se podaří ovlivnit patologické postavení ramenního kloubu tak, aby nebyly zkrácené šíjové svaly na pravé straně krku a m. pectoralis na pravé straně hrudníku.

- Bobath koncept – placing trupu, mobilizace pletence ramenního
- uvolnění šíjových svalů a m. pectoralis – techniky měkkých tkání

2) Do dvou měsíců bude klientka schopna správně zapojit pohyby pánve do chůze.

- Bobath koncept – selektivní pohyby pánve
- trénink chůze se správným zapojením pohybů pánve

Závěr: Klientka, 50 let, po ischemické cévní mozkové příhodě. Má pravostrannou hemiparézu, těžkou afázií a okohybnou porucha s omezením pohybu doprava. Hybnost PHK i PDK je těžce omezena. V oblasti kognitivních funkcí má obtíže s pojmenováním, vybavováním a opakováním slov, krátkodobou pamětí a exekutivními funkcemi. Většina obtíží ale souvisí s afázií. V oblasti soběstačnosti potřebuje pomoc s krájením jídla, zapínáním zipů a zavazováním tkaniček, přesunem do vany; se smytím a utřením míst, kam si nedosáhne; s vymáčknutím pasty na kartáček a stříháním nehtů, s chůzí po schodech. Nezvládá většinu položek z oblasti instrumentálních ADL (používání PC, psaní SMS zpráv, vaření, nakupování, transport, většina domácích prací, práce okolo domu, správa financí, příprava léků). Chodí o jednobodové holi, při chůzi po schodech s ní však musí jít druhá osoba, aby se klientka nebála. Klientka má sklon k plačtivým náladám a je emočně nestabilní. Komunikace s klientkou je omezena těžkou afázií – umí se domluvit pomocí ano/ne, ojediněle si vzpomene na nějaké slovo. Při terapiích velmi dobře spolupracuje a snaží se.

Doporučení: Doporučuji se při terapiích věnovat terapii spasticity na PHK i PDK, ovlivnění patologického postavení v ramenním kloubu a zapojení správných pohybů pánve do chůze s následným tréninkem chůze. Dále by bylo vhodné se při terapiích zaměřit na přítomnou afázií a případně zajistit i pravidelnou návštěvu logopeda. Dále by se terapie mohla zaměřit na zvládnutí zapínání zipů a zavazování tkaniček, případně na zvolení správné kompenzační strategie.

MĚ SILNÉ STRÁNKY
-VYTRVALOST

KOHO MÁM OKOLO SEBE

CO RADA DĚLAM

- ŠIJU
- ČTU KNÍHY
- UKLÍŽIM
- TURISTIKA
- TANCUJI
- PRACUJI
- VARIM

CO JE PRO MĚ DŮLEŽITÉ

- ABYCH SE ZEBAVILA POČÍTU TÍŽE NA PRAVOU ČÁSTI TĚLA
- ABY MĚ POSLOUCHALA RUKA
- BYT SAMOSTATNÁ
- ZVLÁDNUT SAMA ÚPRAVU ZE VNĚJŠKU - ČERNÁ MAKE UP
- TRÉNOUT ŘEZ

140

CO?	KDO?	KDY?	CÍL?
<ul style="list-style-type: none"> - TERAPIE V ERGOAKTIVU - DOMAČÍ CVIČENÍ 	ERGOTERAPEUT, FYZIOTERAPEUT JA'	DO 1 ROKA	- ZLEPŠIT JEMNOU MOTORIKU A ZMIŘNIT TŘES LEVÉ RUKY
<ul style="list-style-type: none"> - KONZULTACE OHLEDNĚ ZLEPŠ. FYZ. ZATÍŽE - CVIČENÍ 	FYZIOTERAPEUT	DO 1 TÝDNE	- ZVLÁDNUT FYZ. ZATÍŽE
TRÉNINK SOBĚSTAČNOSTI	ERGOTERAPEUT	DO 1 ROKA	- NÁVRAT DO BYTU V KARLOVÝCH VARECH
TRÉNINK ČESÁNÍ A MALOVÁNÍ	ERGOTERAPEUT		ZVLÁDNUT ÚPRAVU ZEVENĚJSKU
<ul style="list-style-type: none"> - OROFACIÁLNÍ STIMULACE - OROMOTORICKÁ CVIČENÍ (KVŮLI SPADLÉ PRÁVĚ TVARŮ) - TRÉNINK ARTICULACE 	LOGOPED ERGOTERAPEUT	DO 1 ROKA	ZLEPŠENÍ ŘEČI

Obr. č. 8.16. Výsledek aplikace PZČ u klienta č. 5: Akční plán (autorem je klient č.5)

ME SILNĚ STRÁNKY:

- HODNĚ SE SMĚJU
- SNAŽÍM SE ZAPOJOVAT NEMOCNOU RUKU
- ZVLÁDÁM CHŮŽÍ
- JSEM SNAŽÍVÁ
- ZVLÁDÁM ČINNOSTI, I KDYŽ MÁM DVOJITÉ VÍDEJÁNÍ

KOHO MÁM OKOLO SEBE (KRUH VZTAHŮ):



CO RÁDA DĚLÁM:

- RÁDA SI HRAJU S PEJSKEM A CHODÍM S NÍM NA PROCHAŽKY
- KERAMIKA
- CHODÍ DO PŘÍRODY
- KOUKA'M SE NA FILMY
- JÍM SLADKE
- HRANI' PEKESA


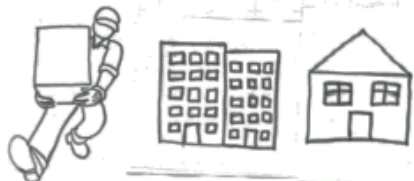
CO JE PRO MĚ DŮLEŽITÉ:

- CHODIT NA PROCHAŽKY S PEJSKEM
- TRÉNOVAT CHŮŽÍ PO SCHODECH
- ZVLÁDNOUT STĚHOVÁNÍ Z PANELOVÉHO DOMU DO RODINNÉHO DOMU
- BÝT S RODINOU
- CVIČIT SRUČOU A SNOHOU
- CVIČIT ŘEČ A PAMĚŤ
- ZVLÁDAT NAKUPOVÁNÍ
- ZVLÁDAT PLACENÍ ZŮSTU
- UMĚT OVLÁDAT PRAČKU A POVĚŠIT PRAČLO
- ZVLÁDAT PEČENÍ
- KERAMIKA

Obr. č. 8.17. Výsledek aplikace PZČ u klienta č.6: Profil na jednu stranu (autorem je klient č.6)

CO	KDO	KDY	CÍL
<ul style="list-style-type: none"> -ERGOTERAPIE ↳ TRÉNINK ŘEČI -MUZIKOTERAPIE 	<ul style="list-style-type: none"> -ERGOTERAPEUT -MUZIKOTERAPIE 	- DO 2 LET	<ul style="list-style-type: none"> - UMĚT ŘÍCT, CO SI MYSLÍM A CO POTŘEBUJI 
<ul style="list-style-type: none"> -ERGOTERAPIE → PROTÁHOVÁNÍ A CÍŽENÍ S RUKOU -FYZIOTERAPIE → CÍŽENÍ S NOHOU, TRÉNINK CHŮZE -PROTÁHOVÁNÍ A CÍŽENÍ S RUKOU A NOHOU DOMA 	<ul style="list-style-type: none"> -ERGOTERAPEUT -FYZIOTERAPEUT -SAMA 	<ul style="list-style-type: none"> - RUKA - DO 2 LET - NOHA - DO 2 LET 	<ul style="list-style-type: none"> - ZLEPŠIT HYBNOST RUKY A NOHY <div> <div> ZVLÁDNOUT NAROVNAT PRSTY CHOPIT PRAVÉ RUKY </div> <div> ZLEPŠIT CHŮZI </div> </div> 
- TRÉNINK CHŮZE DO A ZE SCHODŮ	<ul style="list-style-type: none"> -FYZIOTERAPEUT -SYN (LUKÁŠ) -SYNOVA PŘÍTELEKYNĚ 	- DO PŮL ROKA	<ul style="list-style-type: none"> - ZVLÁDNOUT CHODIT PO SCHODECH (CCA 5 SCHODŮ) 
<ul style="list-style-type: none"> -ERGOTERAPIE ↳ TRÉNINK PAŇET -TRÉNINK V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ (PROVÁDĚNÍ ČINNOSTÍ NA RŮČNEJŠÍCH NA PAŇET) 	<ul style="list-style-type: none"> -ERGOTERAPEUT -SYN, SYNOVA PŘÍTELEKYNĚ (MILUŠKA) 	- DO 1 ROKA	<ul style="list-style-type: none"> - ZVLÁDNOUT SI PAMÄTOVAT, CO MÁM UDELAT A KDE JSOU VĚCI, KTERÉ POTŘEBUJI 
<ul style="list-style-type: none"> -ERGOTERAPIE ↳ MODELOVÉ ČINNOSTI -ZKOUŠET VYHLEDAVAT ZAJÍMAVOSTI A ZPRÁVY NA PC DOMA 	<ul style="list-style-type: none"> -ERGOTERAPEUT -SYN (LUKÁŠ), SYNOVA PŘÍTELEKYNĚ (MILUŠKA) 	- DO 2 LET	<ul style="list-style-type: none"> - UMĚT VYHLEDAVAT ZAJÍMAVOSTI A ZPRÁVY NA PC 
<ul style="list-style-type: none"> -ERGOTERAPIE ↳ MODELOVÉ ČINNOSTI -ZKOUŠET OVLÁDAT PRAČKU DOMA 	<ul style="list-style-type: none"> -ERGOTERAPEUT -SYNOVA PŘÍTELEKYNĚ (MILUŠKA), SYN (LUKÁŠ) 	- DO PŮL ROKA	<ul style="list-style-type: none"> - UMĚT VYPNOUT A ZAPNOUT PRAČKU 

Obr. č. 8.18. Výsledek aplikace PZČ u klienta č. 6: Akční plán, str. 1 (autorem je klient č.6)

<p>- ERGOTERAPIE ↳ MODELOVÉ ČINNOSTI</p> <p>- ZKOUŠET PLACENÍ ÚČTŮ DOMA + MANIPULACÍ S PENĚŽÍ PŘI NAKUPOVÁNÍ</p>	<p>- ERGOTERAPIE</p> <p>- SYN (LUKÁŠ)</p>	<p>- DO 1 ROKA</p>	<p>- ZVLÁDNAT PLACENÍ ÚČTŮ A MANIPULACÍ S PENĚŽÍ</p> 
<p>- ZABALENÍ VŠECH VĚCÍ, KTERÉ JE POTŘEBA PŘESTĚHO- VAT</p> <p>- ODVOZ ZABALENÝCH VĚCÍ</p> <p>- VYBALENÍ A UKLÍZENÍ VŠECH ZABALENÝCH VĚCÍ</p>	<p>- JÁ, SYN (LUKÁŠ), SYNOVA PŘÍTELKYNĚ (MILUŠKA)</p> <p>- SYN (LUKÁŠ), STĚHOVACÍ SLUŽBA</p> <p>- JÁ, SYNOVA PŘÍTELKYNĚ (MILUŠKA), SYN (LUKÁŠ)</p>	<p>- V BŘEZNU (2019)</p>	<p>- ZVLÁDNOUT SE PŘESTĚHOVAT Z PANELO- VÉHO DOMU DO RODINNÉHO DOMU</p> 

Obr. č. 8.19. Výsledek aplikace PZČ u klienta č. 6: Akční plán, str. 2 (autorem je klient č.6)

Dotazník k zhodnocení vybraného nástroje

Kazuistika pod číslem: 5

Diagnóza: hemoragická CMP (krvácení do mozkového kmene vlevo)

Nástroj: Plánování zaměřené na člověka

Datum: 5. 4. 2019

Čas strávený prací s tímto nástrojem: 1 hodina

1) Pracovalo se Vám s tímto nástrojem dobře?

Ano („Vnímám to pozitivně.“)

2) Ohodnot'te prosím na stupnici od 1 do 10, jak moc náročné pro Vás bylo pracovat s tímto nástrojem (1 = vůbec, 10 = nezvládnutelné).

2 (Pro klientku bylo náročné sedět, protože musí myslet na to, že musí sedět rovně, aby měla stabilní sed. Řeší tak problém s ataxií trupu. Lepší pro ni je, když se pohybuje.)

3) Setkal/a jste se někdy předtím s tímto nebo jiným nástrojem pro stanovení cílů v terapii? Kde?

Ne

4) Je podle Vás dobré, když se podílíte na stanovení cílů?

Ano, určitě

5) Kolik času byste byl/a ochoten/na strávit stanovením cílů?

1 hodina

Dotazník k zhodnocení vybraného nástroje

Kazuistika pod číslem: 6

Diagnóza: CMP

Nástroj: Plánování zaměřené na člověka

Datum: 1. 3. 2019

Čas strávený prací s tímto nástrojem: 3,5 hodiny (rozděleno do tří terapií)

1) Pracovalo se Vám s tímto nástrojem dobře?

Ano

2) Ohodnoťte prosím na stupnici od 1 do 10, jak moc náročné pro Vás bylo pracovat s tímto nástrojem (1 = vůbec, 10 = nezvládnutelné).

4 (Klientka byla unavená.)

3) Setkal/a jste se někdy předtím s tímto nebo jiným nástrojem pro stanovení cílů v terapii? Kde?

Ne

4) Je podle Vás dobré, když se podílíte na stanovení cílů?

„Je mi to jedno.“

5) Kolik času byste byl/a ochoten/na strávit stanovením cílů?

1,5 hodiny

Příloha 14 – Přehled informací o PZČ

STANDARDIZOVANÝ:	Ne
POMŮCKY:	velký papír (nejlépe formátu A3), fixy a pastelky, pro afatické klienty obrázky představující možné cíle terapie
ČASOVÁ NÁROČNOST:	velmi se liší v závislosti na tom, jaké nástroje použijeme
VHODNÉ PRO:	<ul style="list-style-type: none"> – začlenění rodiny a přátel klienta do procesu plánování (pro jejich podporu i podporu klienta) – jakéhokoli klienta (možná úprava nebo případné začlenění rodiny) – plánování dlouhodobých cílů
NEVHODNÉ PRO:	plánování krátkodobých cílů
CENA:	zdarma
VZDĚLÁVÁNÍ:	<ul style="list-style-type: none"> – k dispozici je velký výběr kurzů, informace jsou dostupné například na této stránce: kvalitavpraxi.cz/nabidka-vzdelavani/kurzy-na-tema-planovani-zamerene-na-cloveka/ – Asistence o.p.s. vydala metodiku, kde jsou všechny nástroje velmi dobře popsány (lze ji stáhnout na této stránce: http://test.asistence.org/sites/default/files/metodika_tranzitni.pdf)
CO NÁSTROJEM ZJISTÍME:	co je pro klienta důležité, jeho silné a slabé stránky, jací lidé mu mohou pomoci, jeho sny, pro něj důležitá místa, co rád dělá, co funguje a nefunguje, klientovu minulost
NA ČEM JE ZALOŽEN:	na naslouchání danému klientovi i jeho rodině a hledání možností, jak by mohl být klient pro svět prospěšný

+ SILNÉ STRÁNKY:

- možnost využít různé nástroje dle potřeby
 - možnost kombinace a úpravy zvolených nástrojů dle potřeb klienta i terapeuta
 - metodiky s přehledem všech nástrojů jsou k dispozici zdarma ke stažení na internetu
 - pořádání různých kurzů
 - možnost zjištění toho, co je pro klienta důležité
 - nástroje lze kombinovat tak, aby terapeut pochopil klientovy obtíže v kontextu jeho vlastností a prostředí
 - podpora v začlenění celé rodiny
 - zaměřené na fungování člověka v komunitě
 - dobré pro plánování dlouhodobých cílů
 - možnost využití u širokého rozpětí klientů
-

- SLABÉ STRÁNKY:

- pokud chce terapeut aplikovat PZČ tak, aby splňovalo svůj účel, musí věnovat hodně času jak aplikaci, tak předchozí přípravě
- není vhodné pro stanovení krátkodobých cílů

DOPORUČENÍ:

- Je dobré použít takové nástroje, aby byla vytvořena pozitivní podpora pro klienta i jeho rodinu a aby zároveň byly identifikovány klientovy obtíže.
- Množství nástrojů, které použijeme, by mělo být přiměřené vzhledem k tomu, co potřebujeme zjistit za informace a také vzhledem k unavitelnosti klienta.

ODKAZY:

- <https://www.kvalitavpraxi.cz/aktuality/planovani-zamerene-na-cloveka-nastroje/>
- <http://www.netzp.cz/dokument/811>
- <https://www.kvalitavpraxi.cz/nabidka-vzdelavani/kurzy-na-tema-planovani-zamerene-na-cloveka/>
- <http://www.rytmus.org/clanek/planovani-zamerene-na-cloveka>

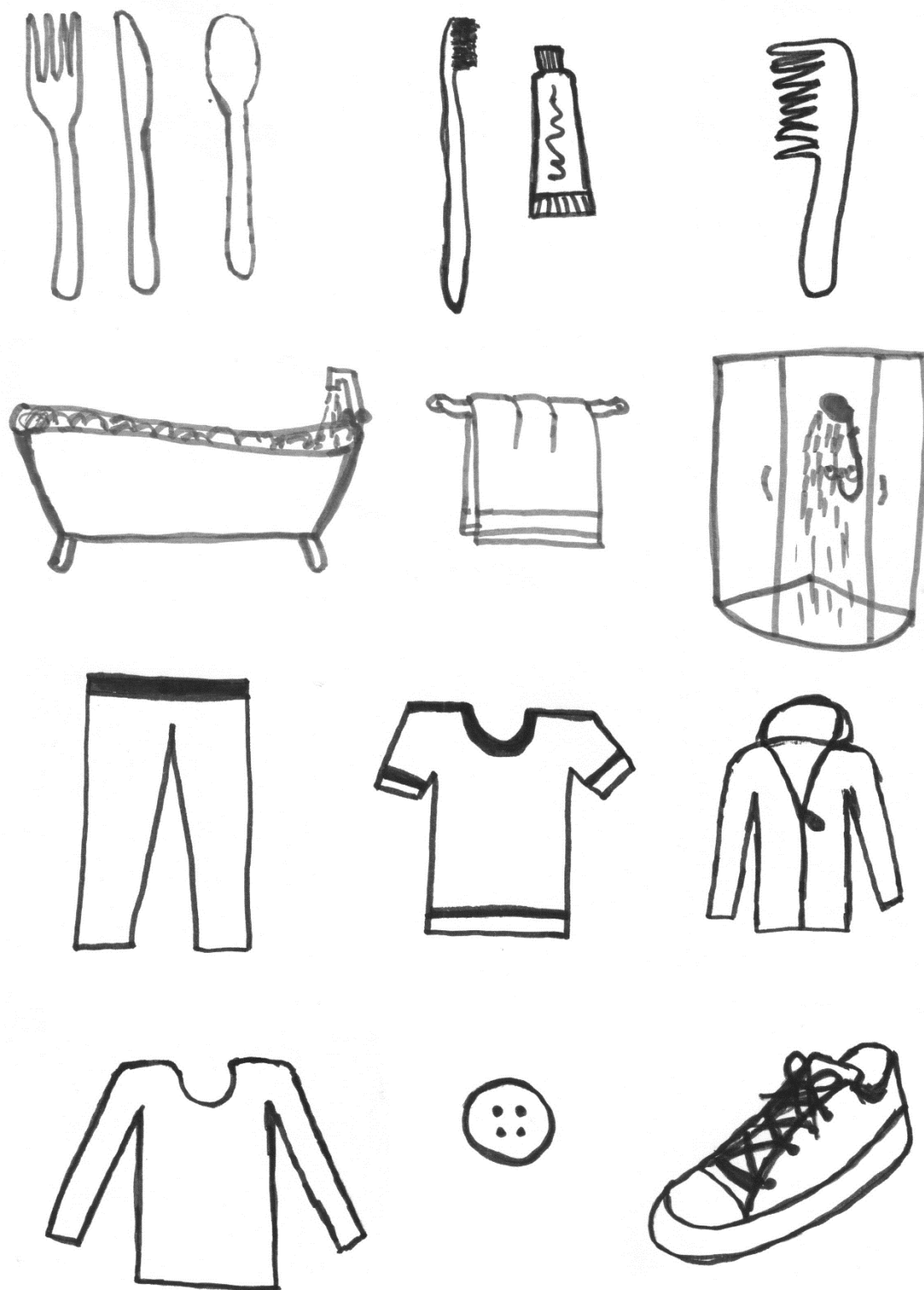
Příloha 15 – Obrázky pro klienty s afázií



Obr. č. 8.20. Obrázky pro klienty s afázií, 1. část (autor práce)



Obr. č. 8.21. Obrázky pro klienty s afázií, 2. část (autor práce)



Obr. č. 8.22. Obrázky pro klienty s afázií, 3. část (autor práce)



Obr. č. 8.23. Obrázky pro klienty s afázií, 4. část (autor práce)

Příloha 16 – Vzor informovaného souhlasu

Informovaný souhlas pacienta

Název bakalářské práce (dále jen BP):

Srovnání nástrojů pro stanovení individuálních cílů v ergoterapii u pacientů se získaným poškozením mozku

Stručná anotace BP: Cílem mé bakalářské práce je aplikovat a poté zhodnotit tři vybrané nástroje pro stanovení individuálních cílů v ergoterapii u osob se získaným poškozením mozku. Má práce by měla nastínit pohled na problematiku výběru vhodného nástroje pro stanovení individuálních cílů. Zároveň by měla poskytnout srovnání vybraných nástrojů a zhodnocení jejich výhod a nevýhod.

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Kazuistika pacienta pod číslem:

1. Já, níže podepsaný/á souhlasím s účastí v BP, jejíž výsledky budou anonymně zpracovány formou kazuistiky. Je mi více než 18 let.
2. Byl/a jsem podrobně a srozumitelně informován/a o cíli BP a jejích postupech, průběhu zpracování, a formě mé spolupráce. Byl mi vysvětlen očekávaný přínos BP.
3. Porozuměl/a jsem tomu, že svou účast mohu kdykoliv přerušit či zcela zrušit, aniž by to jakkoliv ovlivnilo průběh mé další léčby. Moje účast v kazuistice BP je dobrovolná.
4. Kazuistika bude v BP uveřejněna přísně anonymně bez jakýchkoliv osobních údajů.
5. S účastí v kazuistice BP není spojeno poskytnutí žádné finanční ani jiné odměny.

Datum:

Podpis pacienta:

Podpis studenta: